

PROCEDIMIENTO DE PROMOCIÓN Y AFILIACIÓN AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (SEGURO POPULAR)

A U T O R I Z A C I Ó N

RÚBRICA
ELABORÓ: LIC. CYNTHIA MARÍA RENDÓN MARTÍNEZ
JEFE DE DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DEL PADRÓN

RÚBRICA
REVISÓ: DR. CARLOS E. CARVAJAL CABEZA DE VACA
DIRECTOR DE AFILIACIÓN Y ASEGURAMIENTO

RÚBRICA
APROBÓ: DR. ANTONIO CRUCES MADA
DIRECTOR GENERAL DEL RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

RÚBRICA
AUTORIZÓ: DR. JAIME AGUSTÍN GONZÁLEZ ÁLVAREZ
SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD JALISCO

Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

CÓDIGO: DOM-P206-D1_001

DOCUMENTACIÓN: 8 DE NOVIEMBRE DE 2013

ACTUALIZACIÓN: 8 DE MAYO DEL 2014

AUTORIZACIÓN: 21 JUNIO 2014

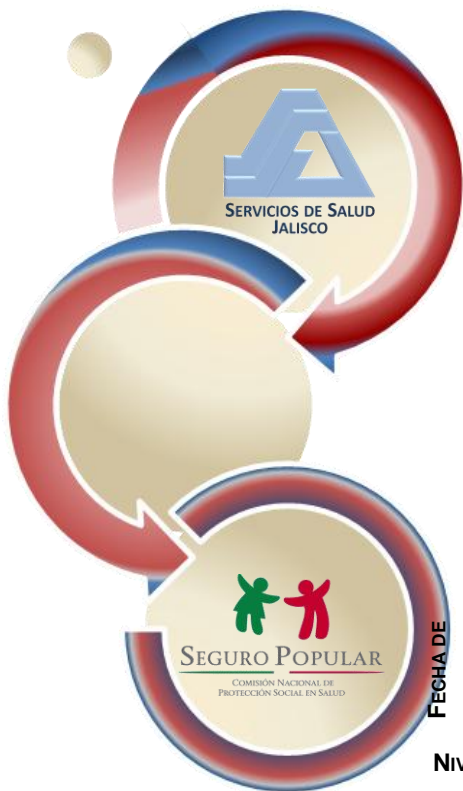
NIVEL DOCUMENTAL: II **VERSIÓN:** _____

CLAVE: _____

| | |
|--|--------------------------------|
| Sello | DOCUMENTO DE REFERENCIA |
| El Presente procedimiento <u>Si</u> cumple con lo establecido en la Guía Técnica para Documentar Procedimientos. | |
| Sello | |

Este documento es vigente y está actualizado porque responde a las necesidades actuales de la unidad, y no hay uno nuevo que lo sustituya.

Responsable de la información: Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.
 Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
 Fecha de publicación: 12 diciembre 2014





1.- Objetivo

Estandarizar y mejorar el procedimiento de promoción y afiliación con el fin de dar una atención oportuna y eficaz al solicitante.

Límites del procedimiento:

El procedimiento inicia cuando el usuario acude al módulo y solicita información y/o requisitos para afiliarse al seguro popular y termina cuando le entregan su póliza de afiliación y carta de derechos y obligaciones.

2.- Alcance

Áreas que intervienen:

Encargado de módulo de afiliación y orientación (MAO).

3.- Reglas de Operación

1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todos los Centros de Responsabilidad y la Dirección de Contraloría del Organismo.
 - Un procedimiento es **vigente** mientras no haya uno nuevo que lo supla o sustituya; por lo tanto se sigue aplicando aunque las fechas de autorización no correspondan a los del mes y año en curso, ni los nombres de los directivos a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel que está vigente que responde a las necesidades y dinámica actual del Organismo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del Organismo o éste, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando éste cumple con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
2

*Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social
en Salud*





4.- Responsabilidades

| Documento | Manual de Organización Específico de la Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud |
|--|---|
| Funciones | |
| <ul style="list-style-type: none">• Afiliar a todo aquel que exprese voluntariamente su deseo de contar con la protección del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (Seguro Popular), siempre y cuando sea mexicano por nacimiento y/o naturalización para revertir el impacto que significa la pérdida de la salud a nivel familiar social y económico• Identificar grupos de familias que no cuenten con seguridad social para afiliarlas al Seguro Popular.• Coordinar brigadas móviles para reforzar la afiliación y reafiliación, según sea la necesidad. | |

SELLO



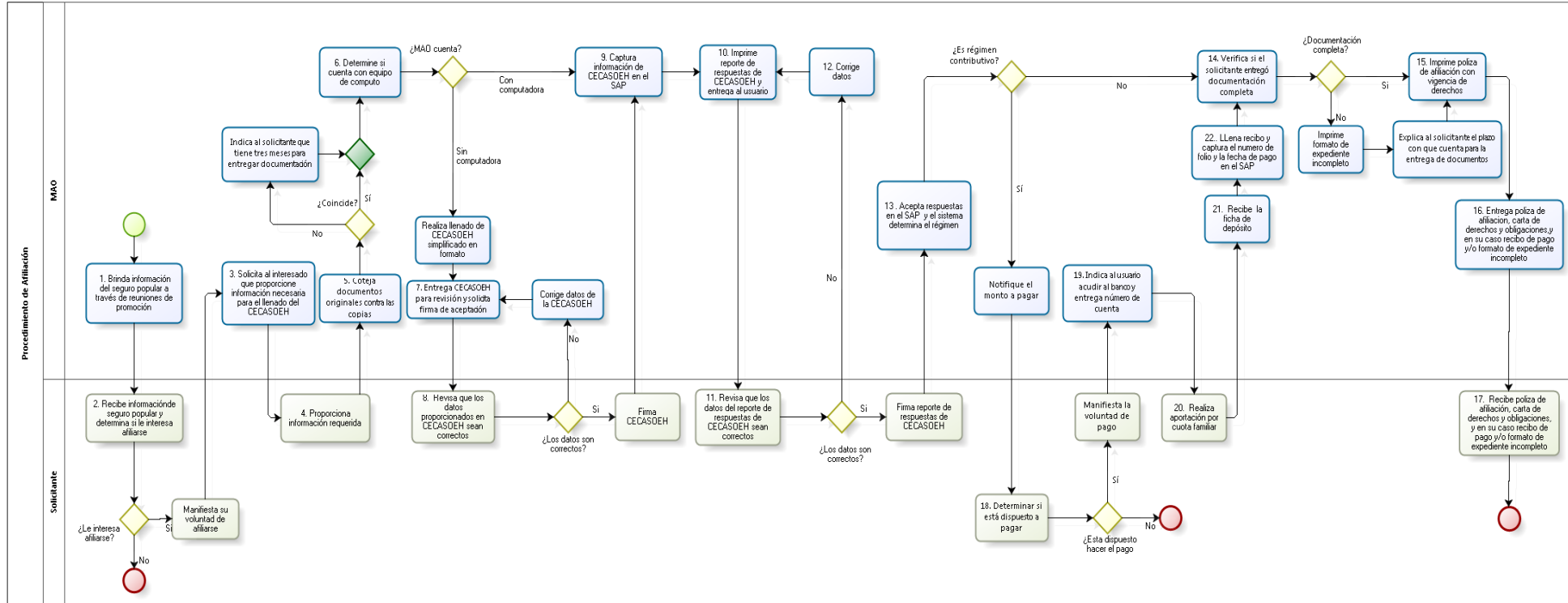
DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
3

Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud



5.- Modelado de Proceso (Flujograma)



SELLO

6.- Desarrollo:

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD | | | | | | |
|-------------------------|---|---|-------------------------|------------|----|---|----|------------------------------|
| 1. | Encargado de Módulo de Afiliación y Orientación | <p>Brinda información del seguro popular a través de reuniones de promoción donde informa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las características, ventajas, beneficios y períodos de vigencia del sistema. Requisitos y proceso de afiliación, Los esquemas de cuotas familiares. El régimen no contributivo. Beneficios adicionales que ofrece el seguro médico siglo XXI y el esquema de embarazo saludable (ES), programas sociales oportunidades y programa alimentario. | | | | | | |
| 2. | Solicitante | <p>Recibe información del seguro popular a través de pláticas de promoción y determina si le interesa afiliarse.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #800000; color: white;">¿Le interesa afiliarse?</th> <th style="background-color: #d3d3d3;">¿Entonces?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td>Manifiesta su voluntad de afiliarse al seguro popular al encargado del MAO. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td>Fin de procedimiento.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Le interesa afiliarse? | ¿Entonces? | Si | Manifiesta su voluntad de afiliarse al seguro popular al encargado del MAO. Aplica siguiente actividad. | No | Fin de procedimiento. |
| ¿Le interesa afiliarse? | ¿Entonces? | | | | | | | |
| Si | Manifiesta su voluntad de afiliarse al seguro popular al encargado del MAO. Aplica siguiente actividad. | | | | | | | |
| No | Fin de procedimiento. | | | | | | | |
| 3. | Encargado de Módulo de Afiliación y Orientación | <p>Solicita al interesado le proporcione la información necesaria para el llenado de CECASOEH, solicita la entrega en original y copia de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Comprobante de domicilio CURP de cada uno de los miembros de la familia Identificación oficial con fotografía del titular Comprobante de estudios de los hijos y/o representados solteros de entre dieciocho y veinticinco años de edad Comprobante de ser beneficiario de algún programa de apoyo o subsidio federal y, Mujeres en caso de estar embarazada, el diagnóstico de embarazo. <p>Nota: Ve anexo 7.</p> | | | | | | |
| 4. | Solicitante | <p>Proporciona la información requerida para el llenado de CECASOEH así como entrega original y copias de los documentos solicitados..</p> | | | | | | |

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD | |
|---------|---|--|--|
| 5. | Encargado de Módulo de Afiliación y Orientación | Coteja documentos originales contra copias. | |
| | | ¿Coinciden? | ¿Entonces? |
| | | Sí | Aplica actividad siguiente. |
| | No | Indica al solicitante que tiene tres meses para entregar la documentación completa y con coincidencia en todos sus datos. Aplica actividad siguiente. | |
| 6. | Encargado de Módulo de Afiliación y Orientación | Determina si cuenta con equipo de cómputo: | |
| | | ¿Cuenta con equipo de cómputo | ¿Entonces? |
| | | Sí | Captura información en el sistema de administración del padrón (SAP). Aplica actividad 9. |
| | No | Realiza el llenado de estudio socioeconómico (CECASOEH) simplificado en formato. Aplica actividad siguiente. | |
| 7. | Encargado de Módulo de Afiliación y Orientación | Entrega formato para revisión y solicita firma de aceptación. | |
| 8. | Solicitante | Revisa que los datos proporcionados en el estudio socioeconómico (CECASOEH) sean correctos. | |
| | | ¿Los datos son correctos? | ¿Entonces? |
| | | Sí | Firma estudio socioeconómico (CECASOEH) simplificado, aplica actividad siguiente. |
| | No | Corrige datos de estudio socioeconómico (CECASOEH) Aplica actividad 7. | |
| 9. | Encargado de Módulo de Afiliación y Orientación | Captura la información de estudio socioeconómico (CECASOEH) en el sistema de administración del padrón (SAP), registra datos del solicitante y devuelve los documentos originales. | |
| 10. | Encargado de Módulo de Afiliación y Orientación | Imprime reporte de respuestas y entrega al usuario para su revisión. | |

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD | | | | | | |
|--|--|--|--|------------|----|---|----|--|
| 11. | Solicitante | <p>Revisa que los datos del estudio socioeconómico (CECASOEH) sean correctos.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #800000; color: white;">¿Los datos son correctos?</th> <th style="background-color: #800000; color: white;">¿Entonces?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td>Firma impresión de estudio socioeconómico (CECASOEH) electrónico Aplica actividad 13.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td>Aplica actividad siguiente.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Los datos son correctos? | ¿Entonces? | Si | Firma impresión de estudio socioeconómico (CECASOEH) electrónico Aplica actividad 13. | No | Aplica actividad siguiente. |
| ¿Los datos son correctos? | ¿Entonces? | | | | | | | |
| Si | Firma impresión de estudio socioeconómico (CECASOEH) electrónico Aplica actividad 13. | | | | | | | |
| No | Aplica actividad siguiente. | | | | | | | |
| 12. | Encargado de Módulo de Afiliación y Orientación | Corrige datos en el reporte de respuestas. Aplica actividad 10. | | | | | | |
| 13. | Encargado de Módulo de Afiliación y Orientación | <p>Acepta respuestas en el sistema de administración del padrón (SAP) e informa al solicitante el decil en que se ubica la familia.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #800000; color: white;">¿La Aportación es régimen contributivo?</th> <th style="background-color: #800000; color: white;">¿Entonces?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td>Notifica el monto a pagar, Aplica actividad 18.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td>Aplica la siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿La Aportación es régimen contributivo? | ¿Entonces? | Si | Notifica el monto a pagar, Aplica actividad 18. | No | Aplica la siguiente actividad. |
| ¿La Aportación es régimen contributivo? | ¿Entonces? | | | | | | | |
| Si | Notifica el monto a pagar, Aplica actividad 18. | | | | | | | |
| No | Aplica la siguiente actividad. | | | | | | | |
| 14. | Encargado de Módulo de Afiliación y Orientación | <p>Verifica si el solicitante entregó la documentación completa</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #800000; color: white;">¿El titular entregó la documentación completa?</th> <th style="background-color: #800000; color: white;">¿Entonces?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td>Aplica la actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td>Imprime formato de expediente incompleto y le explica al solicitante el plazo con el que cuenta para la entrega total de documentos y las consecuencias que traería la no entrega de los mismos, Aplica la siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nota: Ve anexo 7.</p> | ¿El titular entregó la documentación completa? | ¿Entonces? | Si | Aplica la actividad siguiente. | No | Imprime formato de expediente incompleto y le explica al solicitante el plazo con el que cuenta para la entrega total de documentos y las consecuencias que traería la no entrega de los mismos, Aplica la siguiente actividad. |
| ¿El titular entregó la documentación completa? | ¿Entonces? | | | | | | | |
| Si | Aplica la actividad siguiente. | | | | | | | |
| No | Imprime formato de expediente incompleto y le explica al solicitante el plazo con el que cuenta para la entrega total de documentos y las consecuencias que traería la no entrega de los mismos, Aplica la siguiente actividad. | | | | | | | |



| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD | | | | | | |
|--------------------------------|--|---|--------------------------------|------------|----|--|----|-----------------------------|
| 15. | Encargado de Módulo de Afiliación y Orientación | <p>Imprime póliza de afiliación con la vigencia de derechos de acuerdo anexo 4 del convenio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 90 días: familias con expediente incompleto • 3 o 6 meses: familias ubicadas en el régimen contributivo, según la forma de pago que haya elegido • Anual: familias ubicadas en el régimen contributivo, familias seguro médico nueva generación (SMSIGLOXXI) que hayan entregado certificado de nacimiento de las familias • Trimestral-anual: familias con expedientes completos ubicados en el régimen contributivo y no contributivo | | | | | | |
| 16. | Encargado de Módulo de Afiliación y Orientación | <p>Entrega póliza de afiliación, carta de derechos y obligaciones y en su caso entrega de recibo de pago y/o formato de expediente incompleto. Recibe copias de documentos y acomoda expediente de acuerdo a anexo 2.</p> <p>Nota: Ve anexo 02.</p> | | | | | | |
| 17. | Solicitante | <p>Recibe póliza de afiliación, carta de derechos y obligaciones y en su caso, recibo de pago de cuota familiar y formato de expediente incompleto y firma de acuse de recibo en cada uno y entrega al MAO.</p> <p>Fin de procedimiento</p> | | | | | | |
| 18. | Solicitante | <p>Determine si está dispuesta a pagar.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #800000; color: white;">¿Esta dispuesto hacer el pago?</th> <th style="background-color: #d3d3d3;">¿Entonces?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td>Manifiesta la voluntad de pago Aplica la siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td>Fin de procedimiento</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Esta dispuesto hacer el pago? | ¿Entonces? | Si | Manifiesta la voluntad de pago Aplica la siguiente actividad. | No | Fin de procedimiento |
| ¿Esta dispuesto hacer el pago? | ¿Entonces? | | | | | | | |
| Si | Manifiesta la voluntad de pago Aplica la siguiente actividad. | | | | | | | |
| No | Fin de procedimiento | | | | | | | |
| 19. | Encargado de Módulo de Afiliación y Orientación | Indica al usuario acudir al banco y entrega un número de cuenta | | | | | | |
| 20. | Solicitante | Realiza aportación por concepto de cuota familiar y recibe ficha de depósito para entregar al MAO | | | | | | |
| 21. | Encargado de Módulo de Afiliación y Orientación | Recibe del solicitante ficha de depósito de cuota familiar. | | | | | | |



| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD |
|---------|---|--|
| 22. | Encargado de Módulo de Afiliación y Orientación | Llena el recibo de pago de Secretaria de Salud Jalisco y captura en el número de folio en el sistema de administración del padrón (SAP) así como la fecha en que se realizó la aportación. Aplica actividad 14. |

7.- Colaboradores:

| PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS QUE LO ASESORÓ | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|
| Asesorado por: | LAE. Adolfo Montaña Rubio | |
| PERSONAL DE LA UNIDAD QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN | | |
| Lic. Susana Mendoza Gutiérrez | Lic. Karen Ivonne Hernández | TSU. Christian Omar Jarillo López |

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



8.- Definiciones:

| Palabra, frase o abreviatura | Definición |
|------------------------------|---|
| Solicitante | Es la persona que no tiene seguridad social |
| CECASOEH | Cedula de características socioeconómicas |
| SAP | Sistema de Administración del Padrón |
| MAO | Modulo de afiliación y orientación |
| CURP | Clave única de registro de población |
| ES | Esquema de embarazo saludable |
| SMSIGLOXXI | Seguro médico siglo XXI |

9.- Documentos de Referencia:

| Código | Documento |
|------------------|---|
| DOM-OE173-D1_002 | Manual de Organización específico de Dirección General de Protección Social en Salud |
| | Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración al Padrón Nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud. |

10.- Formatos Utilizados:

| Código | Documento |
|----------|---|
| Anexo 01 | Tipo de incidencias (Anexo 4 del Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración al Padrón Nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud.) |
| Anexo 02 | Integración de expediente (Anexo 3 del Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración al Padrón Nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud.) |
| Anexo 03 | Póliza de afiliación |
| Anexo 04 | CECASOEH anverso |
| Anexo 05 | CECASOEH reverso |

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



10.- Formatos Utilizados:

| Código | Documento |
|----------|---|
| Anexo 06 | Expediente incompleto |
| Anexo 07 | Anexo 1 de Lineamientos de afiliación y operación |

11.- Descripción de Cambios

| No. | Fecha del Cambio | Actividad Modificada | Breve Descripción del Cambio |
|-----|------------------|---------------------------|---|
| 1. | 8 mayo 2014 | Documentar procedimientos | Primera vez que se documenta el procedimiento |

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



ANEXOS

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
12

*Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social
en Salud*



ANEXO 01: TIPO DE INCIDENCIAS (ANEXO 4)

ANEXO 4.

TIPOS DE INCIDENCIAS

| NO. | INCIDENCIAS | DESCRIPCIÓN / DOCUMENTACIÓN | FIRMA |
|----------------|------------------------------|---|---------|
| 1 | CAMBIO DE DOMICILIO | COPIA DEL COMPROBANTE DE DOMICILIO ACTUAL | TITULAR |
| 2 | ALTA NUEVOS INTEGRANTES | CURP Y EN SU CASO COMPROBANTE DE ESTUDIOS. | TITULAR |
| 3 | BAJA DE INTEGRANTES | EN SU CASO , ACTA DE DEFUNCIÓN, (VER NUMERAL 9, CAPÍTULO IV, DE LOS LINEAMIENTOS) | TITULAR |
| 4 | ALTA ESTUDIANTES | COMPROBANTE DE ESTUDIOS DEL (LOS) HIJO (S) Y/O REPRESENTADO(S) SOLTERO (S) ESTUDIANTE (S) QUE CUMPLAN 18 AÑOS | TITULAR |
| 5 | CAMBIO DE TITULAR | ÚNICAMENTE ENTRE: • CÓNYUGES • CONCUBINA Y CONCUBINARIO • PADRE Y/O MADRE NO UNIDOS EN VÍNCULO MATRIMONIAL O CONCUBINATO • CUALQUIER OTRA PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS, DEL QUE DEPENDA EL RESTO DEL NÚCLEO FAMILIAR. | TITULAR |
| 6 | INCORPORACIÓN A COLECTIVIDAD | • COMPROBANTE: OPORTUNIDADES / LICONSA. • DOCUMENTO QUE ACREDITE FORMAR PARTE DE UNA COLECTIVIDAD. | TITULAR |
| 7 | CORRECCIÓN DATOS PERSONALES | POR IDENTIFICACIÓN DE ERRORES EN PÓLIZA DE AFILIACIÓN | TITULAR |
| 8 ¹ | VERIFICACIÓN DE EXPEDIENTES | POR IDENTIFICACIÓN DE ERRORES EN SAP VS. DOCUMENTO (S) FUENTE | MAO |
| 9 | REINCORPORACIÓN | COMPROBANTE DE BAJA DE OTROS ESQUEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD | TITULAR |

¹CONFORME A PROCEDIMIENTO "VERIFICACIÓN DE EXPEDIENTE"

NOTA: LAS INCIDENCIAS SERÁN CAPTURADAS EN EL SAP Y SE VERÁN REFLEJADAS EN LA PÓLIZA DE AFILIACIÓN.



ANEXO 02: INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTE (ANEXO A3)

| Ord. | Tipo de Documento | Descripción | Firma | Vig. |
|------|---|--|--|------------------------------|
| 1 | Formato de Expediente Incompleto | Formatos de expediente incompleto anteriores, ordenados cronológicamente | TITULAR O POR AUSENCIA UN FAMILIAR. | Póliza vig. |
| 2 | Póliza de Afiliación | Póliza vigente y pólizas de afiliación anteriores, ordenadas cronológicamente | TITULAR O POR AUSENCIA UN FAMILIAR. | 1 año |
| 3 | Recibo de Pago | Recibos de pagos de la póliza vigente y anteriores, ordenados cronológicamente, en función de las pólizas del expediente | MAO | 1 año, 9, 6 y 3 meses. |
| 4 | CECASOEH Manual o Electronico | Originales de las CECASOEH asociado a la póliza vigente y anteriores o reporte de respuestas, ordenadas cronológicamente | TITULAR O POR AUSENCIA UN FAMILIAR. | 3 años |
| 5 | Copia del Comprobante de Domicilio | Copia de los comprobantes de domicilio asociado a la póliza vigente y anteriores, ordenados cronológicamente | | 3 MESES EXEPTO PAGO ESPECIAL |
| 6 | Documento que contenga la clave única de Registro de población (CURP) o Acta de nacimiento. | Deberán integrarse al expediente, conforme al orden de aparición en la póliza de afiliación del titular y beneficiarios | | |
| 7 | Copia de Identificación Oficial con fotografía | Copia de identificación oficial con fotografía del titular | | Doc. Vigente |
| 8 | Copia de Comprobante de Estudios | Copia de comprobante de estudios anterior, ordenados cronológicamente. Se requiere el comprobante de estudios de los hijos solteros entre 18 y 25 años | | Doc. Vigente |
| 9 | Copia de Comprobante de ser Beneficiario de algún Programa de Apoyo o Subsidio del Gobierno Federal (OPORTUNIDADES) | Copia anterior de comprobante de ser beneficiario de algún programa de apoyo o subsidio del gobierno federal asociado a la póliza vigente | TITULAR O POR AUSENCIA UN FAMILIAR. | Doc. Vigente |
| 10 | Copia de Comprobante que acredite formar parte de alguna Colectividad. | Copia anterior de comprobante que acredite formar parte de alguna colectividad | EXPEDIDA POR INSTITUCION COLECTIVA | |
| 11 | Documento que compruebe la determinación de suspensión o cancelación de beneficios | Copia que acredite que ya tiene otro tipo de seguridad social (imss, issste, sedena etc.) o acta de cancelación de beneficios por infringir alguna obligación como beneficiario. | FIRMADA POR TITULAR O BENEFICIARIO QUE RENUNCIA AL BENEFICIO | |
| 12 | Diagnostico de Embarazo | | NOMBRE, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL | |
| 13 | Acuse de Recibo de la Carta de Derechos y Obligaciones | Acuses de recibo de la carta de derechos y obligaciones asociada a la póliza vigente y anteriores, ordenados cronológicamente, en función de las pólizas del expediente | TITULAR O POR AUSENCIA UN FAMILIAR. | 3 años |
| 14 | Formato de Consulta Segura | Formato donde se registran; peso, talla, presión arterial de los integrantes de la familia | | |

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



ANEXO 03: PÓLIZA DE AFILIACIÓN

| | | | | | |
|---|------------------------------|---|--|---|--|
| <p>SEGURO POPULAR COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</p> | | <p>PÓLIZA DE AFILIACIÓN</p> | | <p>* 1 4 1 1 6 2 5 5 1 1 *</p> | |
| <p>VALIDEZ DE LA PÓLIZA: 06-Sep-2011 al 05-Sep-2014 MES DE REAFILIACIÓN: Septiembre 2014</p> | | <p>FOLIO: 1411625511</p> | | <p>FECHA DE EXPEDICIÓN: 06-Dic-2013 10:32:10 am</p> | |
| <p>CENTRO DE SALUD: CENTRO DE SALUD LAS CRUCES</p> | | <p>MÓDULO: HOSPITAL REGIONAL DE LAGOS DE MORENO RS II</p> | | <p>ESTADO: JALISCO</p> | |
| <p>DATOS DEL TITULAR:</p> | | | <p>APORTACIÓN FAMILIAR:</p> | | |
| <p>Nombre: GOMEZ ESTRADA MA DE SAN JUAN CURP: GOES880908MJCMSN08 Domicilio: DE PARAISO 4 . COLONIA LAS CRUCITAS, C.P. 47400, LAS CRUCITAS, LAGOS DE MORENO, JALISCO, ENTRE CERCA DE LAS CRUCES Y CONOCIDO</p> | | | <p>DECIL: 2 Régimen: No Contributiva</p> | | |
| <p>RELACIÓN DE BENEFICIARIOS</p> | | | | | |
| Folio integrante | Nombre | Sexo | Fecha Nacimiento | Parentesco | |
| 1411625511-1 | GOMEZ ESTRADA MA DE SAN JUAN | MUJER | 06-Jun-1988 | TITULAR | |
| 1411625511-2 | GOMEZ ESTRADA RN M | HOMBRE | 04-Dic-2013 | HIJO(A) | |

- ESTA PÓLIZA AMPARA LOS SERVICIOS Y MEDICAMENTOS DEL CATALOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS.

- LA VALIDEZ DE LA INFORMACION DE LA CECASOEH ES DE TRES AÑOS FINALIZANDO EL 5- SEPTIEMBRE - 2014. POSTERIORMENTE, PARA EFECTOS DE REAFILIACIÓN DEBERÁ APLICARSE OTRA CECASOEH, POR LO QUE DEBERÁ PRESENTARSE PARA LLEVAR A CABO SU REAFILIACION, DEL 06-AGOSTO AL 05-SEPTIEMBRE DE 2014 EN EL MODULO DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN.

- DURANTE LA VALIDEZ DE LA INFORMACION DE LA CECASOEH, LAS FAMILIAS DEL RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO GOZARÁN DE LA REAFILIACIÓN ANUAL DE MANERA AUTOMÁTICA; LAS FAMILIAS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEBERÁN ESTAR AL CORRIENTE EN EL PAGO DE SU CUOTA FAMILIAR PARA MANTENER SUS DERECHOS VIGENTES, GOZANDO DE LA REAFILIACIÓN ANUAL SIMPLIFICADA.

- CUALQUIER MODIFICACIÓN A LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, FAVOR DE DIRIGIRSE AL MODULO DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN UBICADO EN _____

"EL SEGURO POPULAR ES PÚBLICO, AJENO A CUALQUIER PARTIDO POLÍTICO, QUEDA PROHIBIDO EL USO PARA FINES DISTINTOS AL DESARROLLO SOCIAL."

ATENDEMOS TUS DUDAS EN EL 01800 7172 563 SERVICIO GRATUITO

Representante de familia de conformidad con el Artículo 77 Bis 4,
Fracción I, II o III de la Ley General de Salud

Firma de Conformidad y
Acuse de recibo

Las datos personales recabados serán protegidos, conservados y tratados en el Sistema de Administración del Padrón, con fundamento en el artículo 77 Bis 5, inciso A, Fracción I y Fracción II de la Ley General de Salud, artículo 40, 51 y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, y Capítulo 10, numeral 11 y 12 de los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón regional de beneficiarios y administración de la base de datos del Sistema de Protección Social en Salud, cuya finalidad es contar con un padrón nominal que contenga la relación de familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud, así como la información estadística derivada de su funcionamiento, el cual sus registros en el Sistema de Datos Personales será el Instituto Registral e Insular, Fracción de Acceso e Información Pública (www.inegi.org.mx) y el Instituto Registral e Insular, Fracción de Acceso e Información Pública (www.inegi.org.mx) y el artículo 77 Bis 5, inciso A, Fracción II de la Ley General de Salud, así como de otras disposiciones previstas en la Ley. La unidad administrativa responsable del Sistema de Administración del Padrón es la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. La emisión de esta información podrá ser hecha en formato de datos electrónicos en el sistema de datos personales del artículo 80 del Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental en el ámbito de la Unidad de Datos que opera en formato de Datos Personales, Dependencia Coordinadora, México, S.P. así como en el Módulo de Afiliación y Orientación afiliados en la presente Póliza. La emisión se realiza en cumplimiento al artículo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial del Fedatario el 30 de Septiembre de 2005.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página 15

Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud





ANEXO 04: CECASOEH A (ANVERSO)



SEGURO POPULAR
COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

CÉDULA DE CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DEL HOGAR

Solicitud de Afiliación al Sistema de Protección Social de Salud



* 1 4 1 1 6 2 5 5 1 1 *

16-Dic-2013 1:28:43 pm

JALISCO
HOSPITAL REGIONAL DE LAGOS DE MORENO RS II

| <p>I. Identificación del Solicitante</p> <p>Nombre Completo GOMEZ ESTRADA MA DE SAN JUAN</p> <p>Domicilio del grupo familiar solicitante DE PARAISO 4 , COLONIA LAS CRUCITAS, C.P. 47400, LAS CRUCITAS, LAGOS DE MORENO, JALISCO, ENTRE CERCA DE LAS CRUCES Y CONOCIDO</p> | <p>Folio de afiliación: 1411625511</p> <p>Fecha de solicitud: 06-Sep-2011</p> <p style="text-align: right;">Código Postal: 47400</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------------------|-----------------|------------|--------------|------|-------------|--------------------|---------|------------|--------|------------------------------|-----------------------|--------|--|--|---------|----|---------|--|--|-------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------|--|------------|---------|----|--|--|
| <p>II. Información Socioeconómica</p> <p>Total de personas que viven en el hogar:</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Integrantes del grupo familiar 1</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>1 GOMEZ ESTRADA MA DE SAN JUAN</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Fecha de Nacimiento</th> <th>CURP</th> <th>Parentesco</th> <th>Estado Civil</th> <th>Sexo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>08-Jun-1988</td> <td>GOES880808MJCMSN08</td> <td>TITULAR</td> <td>SOLTERA(O)</td> <td>MUJER</td> </tr> <tr> <td>¿Padece alguna discapacidad?</td> <td>¿Trabaja actualmente?</td> <td colspan="3">¿Cómo?</td> </tr> <tr> <td>NINGUNA</td> <td>NO</td> <td colspan="3">NINGUNA</td> </tr> <tr> <td>Nivel de estudios</td> <td>Último grado de estudios</td> <td>¿Estudia actualmente?</td> <td colspan="2">Lengua indígena</td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA</td> <td>3 AÑOS</td> <td>NO</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table> | | Fecha de Nacimiento | CURP | Parentesco | Estado Civil | Sexo | 08-Jun-1988 | GOES880808MJCMSN08 | TITULAR | SOLTERA(O) | MUJER | ¿Padece alguna discapacidad? | ¿Trabaja actualmente? | ¿Cómo? | | | NINGUNA | NO | NINGUNA | | | Nivel de estudios | Último grado de estudios | ¿Estudia actualmente? | Lengua indígena | | SECUNDARIA | 3 AÑOS | NO | | |
| Fecha de Nacimiento | CURP | Parentesco | Estado Civil | Sexo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08-Jun-1988 | GOES880808MJCMSN08 | TITULAR | SOLTERA(O) | MUJER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Padece alguna discapacidad? | ¿Trabaja actualmente? | ¿Cómo? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NINGUNA | NO | NINGUNA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel de estudios | Último grado de estudios | ¿Estudia actualmente? | Lengua indígena | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SECUNDARIA | 3 AÑOS | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>2 GOMEZ ESTRADA RN M</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Fecha de Nacimiento</th> <th>CURP</th> <th>Parentesco</th> <th>Estado Civil</th> <th>Sexo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>04-Dic-2013</td> <td>GOER131204HGTMNSXX</td> <td>HIJO(A)</td> <td>SOLTERA(O)</td> <td>HOMBRE</td> </tr> <tr> <td>¿Padece alguna discapacidad?</td> <td>¿Trabaja actualmente?</td> <td colspan="3">¿Cómo?</td> </tr> <tr> <td>NINGUNA</td> <td>NO</td> <td colspan="3">NINGUNA</td> </tr> <tr> <td>Nivel de estudios</td> <td>Último grado de estudios</td> <td>¿Estudia actualmente?</td> <td colspan="2">Lengua indígena</td> </tr> <tr> <td>NINGUNO</td> <td>NINGUNO</td> <td>NO</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table> | | Fecha de Nacimiento | CURP | Parentesco | Estado Civil | Sexo | 04-Dic-2013 | GOER131204HGTMNSXX | HIJO(A) | SOLTERA(O) | HOMBRE | ¿Padece alguna discapacidad? | ¿Trabaja actualmente? | ¿Cómo? | | | NINGUNA | NO | NINGUNA | | | Nivel de estudios | Último grado de estudios | ¿Estudia actualmente? | Lengua indígena | | NINGUNO | NINGUNO | NO | | |
| Fecha de Nacimiento | CURP | Parentesco | Estado Civil | Sexo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04-Dic-2013 | GOER131204HGTMNSXX | HIJO(A) | SOLTERA(O) | HOMBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Padece alguna discapacidad? | ¿Trabaja actualmente? | ¿Cómo? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NINGUNA | NO | NINGUNA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel de estudios | Último grado de estudios | ¿Estudia actualmente? | Lengua indígena | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NINGUNO | NINGUNO | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



ANEXO 06: EXPEDIENTE INCOMPLETO



SEGURO POPULAR
COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

SISTEMA DE PROTECCIÓN EN SALUD
"EXPEDIENTE INCOMPLETO"



06/12/2013 10:29:40a.m.
Folio: 1411625511

| | |
|--------------|------------------------------|
| TITULAR | GOMEZ ESTRADA MA DE SAN JUAN |
| Calle | DE PARAISO |
| No. Exterior | 4 |
| Colonia | COLONIA LAS CRUCITAS |
| Estado | JALISCO |
| Municipio | LAGOS DE MORENO |

Por este conducto me permito hacer de su conocimiento que revisado el expediente que se tiene integrado respecto a su familia, encontramos que falta la copia simple de los documentos siguientes:

GOMEZ ESTRADA RN M

| | | |
|------|--------------------|---|
| CURP | ACTA DE NACIMIENTO | Fecha limite para presentar documentos: 8 de Septiembre de 2014 |
|------|--------------------|---|

Para efectos de concluir el trámite de incorporación al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), Usted deberá acudir al módulo de afiliación y orientación ubicado en _____ al término de 90 días naturales, los que se cumplirán el 8 de Septiembre de 2014 con los originales de los documentos enlistados, de los cuales deberá entregar una copia simple para integrarlos a su expediente.

El incumplimiento de este requisito traerá como consecuencia el que se considere su solicitud de incorporación o reafluencia al Seguro Popular como no presentada y por lo tanto se suspenda la atención a que tiene derecho.

Lo anterior con base en lo dispuesto en el artículo 42 del reglamento de la ley general de salud en materia de protección Social en Salud.

GOMEZ ESTRADA MA DE SAN JUAN

Nombre y Firma
Jefe de MAO

Nombre y Firma
Titular de la familia

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



1. - Comprobante de domicilio

Recibo de luz, agua, predial, o teléfono fijo. Estos comprobantes deberán ser recientes, por lo que no deberán haber sido emitidos por un periodo mayor a 90 días anteriores a la fecha de inicio de vigencia de los derechos, excepto el recibo de predial, el cual deberá ser del año corriente.

1.1 Se aceptará como comprobante de domicilio la carta expedida por la autoridad local, en el que se especifique que el interesado reside en la localidad, en tanto no se regularice la situación que dio origen a la carencia del documento definitivo. Serán válidas las cartas expedidas hasta con 90 días de anterioridad al día de inicio de la vigencia de los derechos.

Si dicho documento establece una vigencia desde su emisión no será necesario requerir al término de la vigencia del documento una nueva carta de autoridad, ya que la vigencia que tenga dicho documento únicamente será considerada para el momento de la afiliación o presentación de documentos.

1.2 Se aceptará como comprobante de domicilio cualquier identificación oficial con fotografía que refiera el domicilio del titular, en estos casos la identificación oficial presentada puede fungir al mismo tiempo como identificación oficial con fotografía del titular, siempre y cuando el domicilio reportado coincida con la credencial.

Para aquellas localidades catalogadas como de alta y muy alta marginación que cuenten con menos de 250 habitantes, podrá aceptárseles como comprobante de domicilio cualquiera de los siguientes documentos:

1.3. Acta de asamblea ejidal o comunal en la que se señale que determinada (s) familia (s) efectivamente es (son) vecindado (s) de la localidad y refiera la ubicación correspondiente, ya sea por domicilio descrito o por determinación de "domicilio conocido".



En caso de que en una misma Acta de Asamblea se refiera el domicilio de varias familias, deberá archivar una copia simple en cada expediente familiar.

- 1.4. Acta levantada ante dos testigos (escrito libre) en los que se haga constar que determinada (s) familia es (son) vecindada (os) de la localidad y se describa el domicilio correspondiente o por determinación de "domicilio conocido". Este documento deberá contener la firma autógrafa del titular de la Familia y de ambos testigos, en caso de no saber escribir, deberá contener las huellas dactilares de los que en ella intervienen.

Los testigos que intervengan en dicha acta, deberán indudablemente ser vecinos del titular de la familia.

2.- CURP

- 2.1. Podrá ser la cédula expedida por el Registro Nacional de Población (RENAPO), la clave emitida vía Internet, o algún documento oficial que contenga dicha clave, de cada uno de los integrantes de la familia.

De manera enunciativa pueden ser la Cédula de Identificación Fiscal (RFC), el pasaporte, la cédula profesional, la credencial para votar (emitida por el Instituto Federal Electoral a partir de septiembre de 2008), los certificados de estudios emitidos por la Secretaría de Educación Pública, la cartilla del servicio militar nacional y el documento migratorio (tarjeta de residencia para extranjeros).

- 2.2. En caso de que algún miembro de la familia no cuenten con la CURP, se deberá entregar copia simple del acta de nacimiento o certificado de adopción de cada uno de ellos, con el propósito de apoyar el trámite de su expedición ante el Registro Nacional de Población (RENAPO).

A efecto de otorgar mayor flexibilidad a las personas que solicitan su incorporación al Sistema, se aceptarán los extractos, constancias y boletas de nacimiento¹, siempre y cuando sean emitidas por un Juez del Registro Civil y contengan la siguiente información:

- Nombre del registrado, fecha y lugar de nacimiento;
- Año de registro;
- Número del libro;
- Número de tomo, acta, foja o partida según corresponda; y
- Número de oficialía, de ser el caso.

¹ Cabe señalar, que aun y cuando traen toda la información requerida para tramitar la CURP, para efectos de tramitación de la misma, no son aceptadas por RENAPO.

2.3. Se admitirá certificado único de nacimiento como documento supletorio del acta de nacimiento. Sólo será aplicable para los casos en que se pretenda afiliar a un niño menor de un año de edad, tendrá el carácter de temporal de un año contado a partir de la fecha de incidencia de alta del menor.

Será obligatorio registrar en el SAP el folio del certificado único de nacimiento, el cual se compone de 9 dígitos, y en caso de que dicho folio se encuentre compuesto por menos de 9 números, deberán agregarse tantos ceros como sean necesarios a la izquierda del mismo.

Si el certificado único de nacimiento no contiene folio correspondiente, deberá ingresarse 9 ceros en el campo correspondiente, informando de dicha situación a la Dirección General de Afiliación y Operación a efecto de darle el debido seguimiento.

2.4. Si los miembros de la familia no cuentan con CURP ni con acta de nacimiento, se procederá conforme a los acuerdos que los gobiernos estatales establezcan con las autoridades del Registro Civil o del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia para su obtención, o bien el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM).

2.5. En caso de que algún integrante de la familia no cuente con acta de nacimiento, podrá presentar la Constancia de No registro o inexistencia, o en su defecto, el auto admisorio de juicio iniciado con motivo de alguna corrección de datos o por causa distinta que de origen no contar con el acta de nacimiento, para dichos efectos se procederá de la siguiente forma:

- La constancia de no registro o inexistencia expedida por el Registro Civil, será válida hasta por un año. Al término de dicho período, deberá requerirse el acta de nacimiento o CURP correspondiente. En caso de que se haya promovido un juicio por registro extemporáneo de nacimiento, una vez concluido el referido periodo anual, es procedente aplicar lo señalado en el siguiente punto.
- Auto admisorio de juicio iniciado con motivo de alguna corrección de datos² o por causa distinta que origine el no contar con el acta de nacimiento³. Será válido hasta por los 3 años de validez de la CECASOEH, al concluir dicho término se deberá requerir el acta de nacimiento o CURP correspondiente.

² Alguna modificación de algún nombre o dato esencial que afecte la identidad de la persona o por la reasignación para la concordancia sexo-genérico.

³ Por registro extemporáneo de nacimiento.

superior, superior y las del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA)⁴. Así como, los certificados de estudios expedidos por la Secretaría de Educación Pública de nivel básico, medio, técnico y medio superior.

3.4. Documento migratorio vigente (tarjeta de residencia). Entendiéndose como tal, el documento que expide el Instituto Nacional de Migración, con el que los extranjeros acreditan su situación migratoria regular de residencia temporal o permanente en territorio nacional.

4.- Comprobante de estudios de los hijos y/o representados solteros de entre 18 y 25 años de edad

Que acredite que se encuentran cursando estudios de educación media o superior al momento de la afiliación o reafiliación y serán válidos los comprobantes de estudios expedidos hasta con 60 días de anterioridad al día de inicio de la vigencia de los derechos.

5.- Comprobante de ser beneficiario de algún programa de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal

El titular deberá acreditar ser titular beneficiario de algún programa, mostrando original y entregando copia simple de algún documento que contenga su número de folio o registro del programa de que se trate.⁵

6.- Comprobante que acredite formar parte de alguna colectividad

6.1 Credencial expedida por la organización de la que forme parte.

6.2 Constancia emitida por el representante o apoderado legal de la organización

6.3 Constancia emitida por una dependencia o unidad de la Administración Pública Federal Centralizada o Paraestatal, para el caso de las colectividades originadas por la suscripción de Bases de Colaboración con la Comisión, en el que se determine la afiliación de un determinado grupo de personas.

7.- Recibo por la recepción de la cuota

Los recibos que se expidan deberán estar foliados de manera secuencial y contener además del monto de la cantidad pagada, la siguiente información:

⁴ Derivado de que cuenta con programas educativos dirigidos a personas a partir de los 15 años de edad que no iniciaron o conduyeron su educación primaria o secundaria, así como para niños, niñas y jóvenes entre los 10 y 14 años que no son atendidos por el sistema escolarizado de educación primaria.

⁵ Exceptuando los casos en donde los beneficiarios se identifican mediante confronta de padrones, en términos del punto 1.1.2.2 del Manual.

- **Imagen Institucional del Sistema**
- **Número de folio**
- **Identificación de que es un recibo que ampara la cuota familiar**
- **Nombre y domicilio del titular**
- **Fecha y lugar de expedición**
- **Periodo de vigencia que ampara el pago**
- **Sello y firma de quien recibe**

Se considerarán como recibos por la recepción de cuotas, aquellos otros documentos a los que la Comisión les otorgue tal carácter, en términos del numeral 15, capítulo V de los Lineamientos.

8. Acta de defunción

Es el documento en el que se hace constar la muerte de persona determinada, de acuerdo a los datos del certificado de defunción emitido por médico autorizado.

