



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE LA
DEFENSA NACIONAL

MARINA
SECRETARÍA DE MARINA

ANEXO 3

CARTA DE ADHESIÓN AL CONVENIO MARCO PARA LA PRESTACIÓN SUBROGADA DE SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS, CELEBRADO POR UNA PARTE POR “LOS INTEGRANTES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA O SOCIAL” Y, POR LA OTRA PARTE, “LA ASOCIACIÓN” Y “EL CONSORCIO”, EL 13 DE ABRIL DE 2020

Ciudad de _____, a _____ de _____ de 2020.

Por este medio el C. _____, en su calidad de representante legal del Hospital/Clínica con razón social y constituido como _____ (en adelante “**EL HOSPITAL**”), manifiesta de manera libre de presión alguna, su voluntad de adherirse al Convenio Marco para la prestación subrogada de servicios médico y hospitalarios, celebrado por una parte por “**LOS INTEGRANTES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA O SOCIAL**” y, por la otra parte, “**LA ASOCIACIÓN**” y “**EL CONSORCIO**”, suscrito el 13 de abril de 2020, en términos de su Cláusula Cuarta, obligándose a cumplir todas y cada una de las obligaciones y compromisos establecidos en el Convenio Marco, así como en los Anexos que lo integran, para lo cual en este acto entrega a través de “**SALUD**”, los documentos que acreditan su constitución y personalidad jurídica, así como que sus instalaciones cuentan con los permisos y licencias necesarios para prestar alguno de los servicios médicos y hospitalarios materia del Convenio Marco.

Firma por duplicado la presente Carta de Adhesión, con un ejemplar del Convenio Marco y sus correspondientes Anexos:

“EL HOSPITAL”

Representante Legal





CARTA DE ADHESIÓN AL CONVENIO MARCO PARA LA PRESTACIÓN SUBROGADA DE SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS, CELEBRADO POR UNA PARTE POR “LOS INTEGRANTES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA O SOCIAL” Y, POR LA OTRA PARTE, “LA ASOCIACIÓN” Y “EL CONSORCIO”

En seguimiento a la intención del establecimiento de atención médica que represento por adherirse al Convenio Marco para la prestación subrogada de servicios médicos y hospitalarios, formalizado con el fin de apoyar a los integrantes del Sistema Nacional de Salud en la atención de la emergencia sanitaria por la enfermedad COVID-19 provocada por el virus SARS-CoV-2, manifiesto reunir las condiciones en materia de regulación, control y fomento sanitarios vigentes y las correspondientes a la prestación de servicios de salud acordes a la capacidad instalada del establecimiento de atención médica que represento, para atender lo señalado en la Cláusula primera del citado Convenio.

Por ello, tomo conocimiento que se ha dispuesto este instrumento con fundamento en los Artículos PRIMERO y SEGUNDO, numeral I, del DECRETO por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de marzo de 2020 y el Convenio Marco para la prestación subrogada de servicios médicos y hospitalarios formalizado con el fin de apoyar a los integrantes del Sistema Nacional de Salud en la atención de la emergencia sanitaria por la enfermedad COVID-19 provocada por el virus SARS-CoV-2.

Por lo anteriormente expuesto, los abajo firmantes declaramos, bajo protesta de decir verdad, que toda la información documentada del establecimiento de atención médica que representamos en esta carta compromiso, así como los documentos adjuntos para la solicitud de adhesión, es verídica y demostrable; manifestando que en el caso de incurrir en falsedad de la misma, la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General podrán suspender en cualquier momento el proceso de registro o, en su caso, podrá cancelar la adhesión del establecimiento, además de notificar a las autoridades competentes para que efectúen las acciones conducentes en la materia y la normatividad aplicables.

FECHA	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	
RAZÓN SOCIAL O INSTITUCIÓN	

	TÍTULO Y NOMBRE COMPLETO	FIRMA
DIRECTOR GENERAL O REPRESENTANTE LEGAL		
RESPONSABLE SANITARIO		
COORDINADOR DEL PROCESO (ENLACE CON EL CSG)		





Datos de responsables del hospital

Nombre comercial: _____

Razón Social: _____

¿Registrado en el Si No

SiNaCEAM? Exp. _____ Certificado _____ C. vencido _____ En Proceso _____ Solicitud _____

Domicilio: _____ C.P.: _____

Municipio/Alcaldía: _____ Entidad federativa: _____

Coordenadas geográficas
Grados decimales. Ej. Lat. 19.4356715 Long. -99.1867758 Latitud _____ Longitud _____

Título y Nombre Completo del Director General o representante legal: _____

Nombre del Cargo (Acorde al organigrama): _____

Teléfono directo con clave lada: _____ Otro teléfono, incluir extensión si aplica: _____

Teléfono móvil: _____ Correos electrónicos: _____

Título y Nombre Completo del Responsable Sanitario: _____

Nombre del Cargo (Acorde al organigrama): _____

Teléfono directo con clave lada: _____ Otro teléfono, incluir extensión si aplica: _____

Teléfono móvil: _____ Correos electrónicos: _____

Título y Nombre Completo del Coordinador del Proceso: _____

Nombre del Cargo (Acorde al organigrama): _____

Teléfono directo con clave lada: _____ Otro teléfono, incluir extensión si aplica: _____

Teléfono móvil: _____ Correos electrónicos: _____

