

CARTA COMPROMISO SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL SiNaCEAM

Con fundamento en el artículo 73, fracción XVI, base 1ª. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los artículos 9 fracciones II y XII, y 11 fracciones XI y XVIII, del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 11 de diciembre de 2009; en los artículos 2, segundo y cuarto párrafo, 3 inciso g), h) y n), 4 incisos f), i) y k), 6, inciso h), i), j) y l) del Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, publicado en dicho medio de difusión oficial el 19 de mayo de 2009; los artículos 4 incisos a) y e), 5, 6, 7 incisos g), i), n), 14, 16, 17 y 35 del Reglamento Interno del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, publicado en dicho medio de difusión oficial el pasado 19 de mayo de 2009; fracciones IV, V y VII del numeral QUINTO y fracciones I y V del numeral SÉPTIMO del Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, y el **Acuerdo CCEAM 55/01.12.2017/450**, emitido por la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el cual señala que **se suspenderán del Proceso de Certificación** a los establecimientos de atención médica que incurran en **falsedad de información proporcionada al SiNaCEAM** durante cualquiera de las fases del mismo.

Se declara, bajo protesta de decir verdad, que toda la información presentada al Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM) durante las cuatro fases del Proceso de Certificación* es verdadera y puede ser comprobada en cualquier momento; en caso de que incurra en falsedad de la misma, el Consejo de Salubridad General podrá suspender, en cualquier momento, el Proceso de Certificación o, en su caso, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica podrá dictaminar a mi establecimiento como "No Certificado", además notificar a las autoridades competentes por incurrir en responsabilidades penales y se procederá según lo establecido en los artículos 247 y 248 Bis del Código Penal Federal.

| | | |
|---|--|-------------|
| FECHA | | |
| NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN | | |
| RAZÓN SOCIAL O INSTITUCIÓN | | |
| CORREO ELECTRÓNICO PARA ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN | | CCP: |
| **Esta información se utilizará en los documentos que se generan en la Fase de Dictamen, FAVOR DE ESCRIBIRLO CORRECTAMENTE | | |

| | NOMBRE COMPLETO | FIRMA |
|---|------------------------|--------------|
| DIRECTOR | | |
| RESPONSABLE SANITARIO | | |
| RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO | | |
| COORDINADOR DEL PROCESO DE EVALUACIÓN (VÍNCULO CON SiNaCEAM) | | |

*El Documento titulado "El Proceso de Certificación", edición Julio 2017, lo puede encontrar en la página de internet del Consejo de Salubridad General, en la siguiente dirección: <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/2017/1.SiNaCEAM/EPDC-Julio2017.pdf>



Nombre Comercial: _____
Razón Social: _____
Domicilio: _____
 _____ C.P.: _____
Municipio / Delegación : _____ **Estado:** _____

| INSTITUCIÓN | Pública | Privada | Especifique |
|--|---------|------------------------------------|-------------|
| Pertenece a un Corporativo No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> | | Nombre y Número de Unidades | |

| | |
|---|--|
| NÚMERO DE MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS | |
| NÚMERO DE PACENTES EN EL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS | |
| PROMEDIO DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS DIARIAS | |
| REALIZAN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS (Colocación/Retiro de accesos vasculares) | |

Título y Nombre Completo del Director: _____
Nombre del Cargo (Acorde al organigrama): _____
Teléfono directo con clave lada: (_____) _____ **Otro tel. con lada y ext.:** (_____) _____
Teléfono Celular: (_____) _____
Correo electrónico: _____

Título y Nombre Completo del Responsable Sanitario: _____
Nombre del Cargo (Acorde al organigrama): _____
Teléfono directo con clave lada: (_____) _____ **Tel. con lada y ext.:** (_____) _____
Teléfono Celular: (_____) _____
Correo electrónico: _____

Título y Nombre Completo del Responsable de la Implementación del Modelo del CSG: _____
Nombre del Cargo (Acorde al organigrama): _____
Teléfono directo con clave lada: (_____) _____ **Tel. con lada y ext.:** (_____) _____
Teléfono Celular: (_____) _____
Correo electrónico: _____

Título y Nombre Completo del Coordinador del Proceso de Evaluación: _____
Nombre del Cargo (Acorde al organigrama): _____
Teléfono directo con clave lada: (_____) _____ **Tel. con lada y ext.:** (_____) _____
Teléfono Celular: (_____) _____
Correo electrónico: _____

| ESTRUCTURA | DENOMINACIÓN | DIRECTIVOS | UBICACIÓN | NUEVOS SERVICIOS | OTRA (Especificar) | CAMBIOS O MODIFICACIONES EN EL ESTABLECIMIENTO (*Si se han llevado a cabo anexar la descripción en un comunicado oficial al CSG firmado por la máxima autoridad responsable de la organización) [Política 1 del Proceso de Certificación -Notificación de Cambios-] | |
|------------|--------------|------------|-----------|------------------|--------------------|---|-----------------------------|
| | | | | | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| | | | | | | | |

De conformidad con el artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, acepto expresamente que las notificaciones, documentos y resoluciones administrativas por parte del Consejo de Salubridad General se realicen al siguiente correo electrónico: _____

DE CONFORMIDAD CON EL ACUERDO CCEAM 52/05.12.2017/4SO EMITIDO POR LA COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA, ÉL PERÍODO DE INSCRIPCIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS AL PROCESO DE CERTIFICACIÓN SERÁ EN LOS MESES DE ENERO A MARZO.

| | | | |
|---|-----------------------------|--|--|
| Fecha de inicio de funcionamiento del establecimiento | <i>(DD/MM/AAA)</i> | | |
| Metros cuadrados de construcción que abarca la Unidad | | | |
| Días y horario de servicio | | | |
| Distribución de turnos | | | |
| ¿Cuenta con médicos generales? | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> | Número: Funciones: Capacitación: |
| Ha estado Certificado por el CSG | NO | Vigencia del último Certificado | |
| | | SI | Estándares con los que fue Auditado Criterios Unidades de Hemodiálisis (previo a 2012) Estándares UH 2012 |
| Personal de la organización ha participado en algún curso o taller organizado por el CSG | NO | SI <i>(Especificar en cuál, fecha y sede)</i> | |
| SITIO WEB | | | |
| COMENTARIOS | | | |

SERVICIOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN MÉDICA Y APOYO DIAGNÓSTICO

(Si cuenta con servicios subrogados favor de llenar el anexo correspondiente)

| SERVICIOS | UBICACIÓN | PROPIO | SUBROGADO * | NÚMERO DE CAMAS | ADMINISTRA SEDACIÓN | ADMINISTRA ANESTESIA |
|-----------|-----------|--------|-------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN

| SERVICIOS | SI | NO | PROPIO | SUBROGADO | SERVICIOS | SI | NO | PROPIO | SUBROGADO |
|------------------------|----|----|--------|-----------|----------------------|----|----|--------|-----------|
| Recursos Humanos | | | | | Finanzas | | | | |
| Mantenimiento | | | | | Ingeniería Biomédica | | | | |
| Seguridad y vigilancia | | | | | Trabajo Social | | | | |
| Cocina | | | | | Otros (Especificar) | | | | |
| Lavandería | | | | | | | | | |
| Ambulancias | | | | | | | | | |
| Relaciones Públicas | | | | | | | | | |
| Admisión | | | | | | | | | |
| Limpieza | | | | | | | | | |

PERSONAL EN FORMACIÓN

 SI

 NO

 Medicina

 Enfermería

 Otros profesionales de la salud

INVESTIGACIÓN

¿Se realiza investigación dentro del establecimiento?

 Si

 No

¿Actualmente realizan alguna(s) investigación que requiera permiso de COFEPRIS?

 Si

 No

 ¿Cuántas?

¿Para alguna de sus investigaciones es necesario solicitar un consentimiento informado?

 Si

 No

 ¿Cuántas?

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Existe un plan de Calidad y Seguridad, diseñado de manera multidisciplinaria, que está implementado y que integra a toda la unidad con un enfoque sistémico y proactivo.

El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, incluye al menos los siguientes puntos:

1. Identificación y Priorización de Riesgos y Problemas
2. Indicadores de Mejora de la Calidad
3. Sistema de Reporte y Análisis de Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasifallas
4. Análisis de un proceso de riesgo con una herramienta proactiva

 SI

 NO

El contenido del plan se puntualiza en la Sección 3 de Estándares de Apoyo a la Atención, del Estándar EAA.53 al Estándar EAA.60; le solicitamos revise la página número 26 de los Estándares vigentes desde el 1 de julio de 2012, en su edición 2015)

SEÑALE ESPECÍFICAMENTE CUÁL ES EL PERÍODO DE 12 MESES CON EL CUAL TRABAJA LA ORGANIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: (Por ejemplo: Enero a diciembre o mayo a abril.)

AUTORIZACIONES SANITARIAS

Las hospitales deben de cumplir con los requisitos indispensables establecidos por la Comisión Federal y/o Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios de cada una de las actividades o servicios que oferte, en los que sea necesario su estricto cumplimiento.

| AUTORIZACIÓN SANITARIA | AUTORIZADO PARA | FOLIO | VIGENCIA | OBSERVACIONES |
|------------------------|-----------------|-------|----------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

¿Cuenta con algún Procedimiento Administrativo Abierto por parte de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o área de Regulación Sanitaria de su Entidad Federativa?

Si No

Especifique la Causa:

SERVICIOS SUBROGADOS

| SERVICIO SUBROGADO SERVICIO QUE SE BRINDA (empresa que lo otorga) | UBICACIÓN | |
|--|----------------------------|---------------------------|
| | Dentro del establecimiento | Fuera del establecimiento |
| Laboratorio Clínico (Ejemplo UNO, S.A. de C.V.) | X | |
| Lavandería (Ejemplo DOS, S.A. de C.V.) | X | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

- 1. ESTA HOJA DE INSTRUCCIONES NO SE ANEXA AL FORMATO.**
- 2. El formato deberá ser llenado con letra de molde legible y tinta azul.**
- 3. La Razón Social deberá ser transcrita exactamente como aparezca en el Acta Constitutiva del Establecimiento o en la Cédula del Registro Federal de Contribuyentes.**
- 4. El domicilio debe ser proporcionado de forma completa, incluyendo número exterior, (Lote y Manzana, en su caso), Colonia y entre calles, para una mejor ubicación del mismo.**
- 5. Si no cuenta con el servicio o con lo solicitado, escriba NA (No Aplica). No se aceptarán formatos incompletos.**
- 6. Los información se solicita actualizada (últimos 4 meses).**
- 7. Los datos escritos en el presente formato, son los que quedarán asentados en nuestra bases de datos, por lo que es importante que revise bien la información vertida, para evitar errores en la documentación que se emita por parte del SiNaCEAM.**
- 8. Deberá adjuntarse un oficio en hoja membretada de la organización, en el cual se solicite la inscripción y se enlisten los documentos enviados.**
- 9. Toda la documentación deberá ser dirigida al Dr. Jesús Ancer Rodríguez, Secretario del Consejo de Salubridad General, con atención al Dra. Sara Fonseca, Directora General Adjunta de Articulación y Responsable del SiNaCEAM.**

