



Unidad de Administración y Finanzas
Dirección General de Tecnologías de la Información
Dirección del Centro de Documentación Institucional

SECRETARÍA DE SALUD

ÁREA COORDINADORA DE ARCHIVOS

POLÍTICAS PARA LA CONSULTA DEL ACERVO HISTÓRICO DE LA SECRETARÍA DE SALUD

ARCHIVO HISTÓRICO “Rómulo Velasco Ceballos”



POLÍTICAS PARA LA CONSULTA DEL ACERVO HISTÓRICO DE LA SECRETARÍA DE SALUD

1. El Archivo Histórico de la Secretaría de Salud “Rómulo Velasco Ceballos” podrá ser consultado por investigadores, académicos, estudiantes y usuarios en general interesados en temas de salud, en virtud del acervo especializado en materia de asistencia, beneficencia, medicina y atención hospitalaria que resguarda.
2. Los documentos que sean transferidos en calidad de custodia y que no formen parte del acervo del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, no podrán ser consultados, salvo las siguientes excepciones:
 - I. Sea para una investigación o estudio que, por su relevancia en el país, y que por su naturaleza requiera el acceso a la información confidencial; para lo cual la persona quedará obligada a firmar carta de confidencialidad, con la finalidad de proteger en todo momento los datos personales del titular de la información **(Anexo I)**.
 - II. El interés público en el acceso sea mayor a cualquier invasión a la privacidad que pueda resultar de dicho acceso;
 - III. El acceso beneficie de manera clara y evidente al titular de la información confidencial; y
 - IV. Sea solicitada por un biógrafo autorizado por el titular de la información confidencial o su representante legal, facultado para tales efectos.
3. La consulta al acervo es personal y no grupal.



4. El horario de consulta es de lunes a viernes en un horario de 9:00 am a 15:00 horas.
5. Para el acceso al Archivo histórico, será necesario que presente en el módulo de vigilancia del inmueble, una identificación oficial original vigente con fotografía (INE, Pasaporte, Cartilla o Cédula Profesional).
6. Al área de consulta se podrá ingresar con hojas blancas sueltas, lápiz de grafito, Tableta y computadoras portátiles, estos últimos, previo registro en el módulo de vigilancia del inmueble.
7. El uso del celular queda prohibido dentro de la sala de consulta, por lo que no podrá considerarse como una herramienta de trabajo para la consulta del material.
8. No está permitido la captura de imágenes de las instalaciones ni del acervo histórico, con tabletas o teléfonos móviles.
9. Al ingresar a la sala de consulta, el usuario deberá dejar sus pertenencias en el área de casilleros (mochila, portafolio, libros, maletines, bolsas, estuches de dispositivos electrónicos, paquetes, carpetas y/o folders).
10. La solicitud del acervo en la sala de consulta, deberá realizarse a través del formato proporcionado en el recinto para tal fin. **(Anexo II)**
11. En las áreas de consulta no se permite fumar ni introducir alimentos o bebidas.
12. Para la consulta y manipulación del acervo el usuario deberá llevar y usar de manera obligatoria guantes de látex, nitrilo o tela, así como de cubre bocas.
13. Es responsabilidad del usuario cumplir con el buen uso y manipulación del material proporcionado, equipo e instalaciones, así como conservarlos en buen estado.
14. El acervo proporcionado para su consulta, no podrá salir de la sala de usuarios.



15. La reproducción del material histórico, podrá realizarse previo pago en alguna de las Instituciones bancarias, bajo el formato E5. **(Anexo III)** y en estricto apego a lo señalado en el numeral 18 del presente documento.
16. Queda estrictamente prohibido realizar cualquier tipo de pago a los Servidores Públicos del Archivo Histórico por los servicios de consulta o reproducción del acervo.
17. El tabulador de precios que se deberá consultar para el pago de los servicios, en las Instituciones bancarias, será el establecido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público SHCP. **(Anexo IV)**
18. Dadas las características del material antiguo, la reproducción del mismo deberá realizarse bajo las siguientes consideraciones:
 - La reproducción del material deberá realizarse a través de toma fotográfica.
 - El usuario deberá contar con el equipo fotográfico que le permita realizar la sesión fotográfica.
 - La reproducción del material no podrá realizarse en ninguno de los casos a través de dispositivos móviles como lo es el teléfono celular o Tableta.
 - Previo pago, la Sesión fotográfica se calendarizará de acuerdo a la disponibilidad del personal en el Archivo Histórico de la Secretaría.
 - El material de consulta no podrá salir bajo ninguna circunstancia de la sala de usuarios durante su reproducción.
 - La toma fotográfica se realizará en todo momento con el acompañamiento del personal del Archivo Histórico, para garantizar la buena manipulación del material.
 - Durante la sesión fotográfica no se podrá hacer uso de flash, esto con el objeto de salvaguardar el material histórico.



Unidad de Administración y Finanzas
Dirección General de Tecnologías de la Información
Dirección del Centro de Documentación Institucional

- No se permitirá la reproducción completa de expedientes, revistas o publicaciones.
19. Toda persona que fuera sorprendida en el acto de manchar, raspar, mutilar o extraer documentos, será consignada a la autoridad competente con fundamento en el Código Penal Federal, Ley Federal de Monumentos y Zonas Arqueológicas, Artísticas e Histórico, Ley General de Bienes Nacionales, así como la Ley General de Archivos.



ANEXO I
CARTA DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL
ARCHIVO HISTÓRICO “RÓMULO VELASCO CEBALLOS” DE LA SECRETARÍA DE
SALUD

Ciudad de México a _ **(1)** _de _ **(2)** _de _ **(3)** _.

Yo, _____ **(4)** _____, en mi carácter de _____ **(5)** _____, estoy enterado(a) que el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, resguarda y custodia acervos que por su naturaleza son considerados de carácter confidencial, así mismo tengo pleno conocimiento que con base en el Art.16 del **Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud**, es mi obligación respetar la privacidad del individuo y mantener la confidencialidad de la información que se derive de mi participación en: _____ **(6)** _____.

Asimismo, en cumplimiento al Art. 14 de la Ley Federal de **Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares** a la que está obligado toda persona particular, me comprometo a no comentar ni compartir la información obtenida a través del estudio mencionado con personas ajenas al tema citado, ya sea dentro o fuera del sitio de trabajo, con pleno conocimiento de la responsabilidad civil por los daños y perjuicios que pudiera causar en el marco de los artículos 1910, 1915 y 1916 del **Código Civil Federal**, de igual forma estoy informado de los delitos en materia de archivos, establecidos en los artículos 121, 122 y 123 de la **Ley General de Archivos**, mismos que son susceptibles de actualizarse por el mal uso y manejo de la información, sin dejar de mencionar los procedimientos e infracciones que en materia de Derechos de Autor, referidas en el **artículo 229** y demás correlativos aplicables de la **Ley Federal de Derechos de Autor**. Así mismo, me comprometo a que en caso de violaciones a lo estipulado en la presente carta, la responsabilidad a mi cargo abarcará el pago de gastos legales y de cualquier otra índole relacionada por tal incumplimiento.

ATENTAMENTE

(7)

Nombre completo y firma



CARTA DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL ARCHIVO HISTÓRICO “RÓMULO VELASCO CEBALLOS” DE LA SECRETARÍA DE SALUD

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Se deberá colocar el día de elaboración del documento.
2. Se deberá colocar el mes de elaboración del documento.
3. Se deberá colocar el año de elaboración del documento.
4. Deberá colocar el nombre completo de la persona que consulta la información que contiene datos personales.
5. Deberá especificar si es investigador, estudiante, representante legal, titular de la información. etc.
6. Para el caso de que la consulta derive de una investigación, se deberá colocar el título del estudio y nombre completo del investigador responsable, para los casos que no corresponda a una investigación, se deberá especificar el motivo por el cual requirió la consulta del expediente que contiene datos personales.
7. Deberá colocar el nombre completo de la persona que consulta el acervo, así como su firma autógrafa.



Unidad de Administración y Finanzas
Dirección General de Tecnologías de la Información
Dirección del Centro de Documentación Institucional

ANEXO II FORMATO PARA LA SOLICITUD DEL ACERVO HISTÓRICO

Unidad de Administración y Finanzas
Dirección General de Tecnologías de la Información
Dirección del Centro de Documentación Institucional

Solicitud de expedientes en el Archivo Histórico

No. de folio

Fecha de solicitud

Datos Generales						
Nombre del solicitante: <input style="width: 80%; border: none;" type="text" value="(3)"/>						
Motivo de la consulta: (4)	Investigación:	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Informativa:	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Otra:	<input style="width: 50px;" type="text"/>
	Académica	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Personal	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Especificar: _____	
Especificaciones del acervo a consultar						
Núm	Fondo	Sección	Serie	Caja	Legajo	# De expediente
(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
Total de expedientes solicitados						(12)
<p>Nota: Es usuario deberá conservar en buen estado el acervo que le sea proporcionado evitando hacer anotaciones, marcas o mutilaciones, de lo contrario estará sujeto a las sanciones y amonestaciones establecidas en las "Políticas para la Consulta del Acervo Histórico de la Secretaría de Salud".</p>						
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 100%;"> <p style="text-align: center;">Solicitó</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">(13)</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p style="text-align: center;">Nombre y firma</p> </div>			<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 100%;"> <p style="text-align: center;">Entregó</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">(14)</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p style="text-align: center;">Nombre, cargo y firma</p> </div>			



FORMATO PARA LA SOLICITUD DEL ACERVO HISTÓRICO

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Se deberá colocar un número consecutivo e irreplicable para la solicitud del acervo (éste campo deberá ser llenado por personal del Archivo Histórico)
2. Deberá colocar el mes de elaboración del documento.
3. Deberá colocar el nombre completo de la persona que solicita el acervo.
4. Deberá marcar la opción que corresponda a su consulta, para el caso de que no sea ninguna de las descritas, deberá especificar su propósito.
5. De acuerdo al número de expedientes que el usuario solicite para consulta, deberá asignar un número consecutivo según corresponda.
6. Se deberá indicar el fondo al que pertenece el expediente a consultar.
7. Se deberá indicar la sección a la que pertenece el expediente a consultar.
8. Se deberá indicar la serie a la que pertenece el expediente a consultar.
9. Se deberá indicar la caja a la que pertenece el expediente a consultar.
10. Se deberá indicar el legajo al que pertenece el expediente a consultar.
11. Se deberá indicar el número de expediente que se desea consultar.
12. Se deberá colocar el número total de expedientes que se solicitarán para la consulta.
13. Se deberá colocar el nombre completo de la persona que solicita el acervo, así como su firma autógrafa.
14. Se deberá colocar el nombre completo y firma autógrafa del Servidor Público, adscrito al Archivo Histórico que entrega el acervo solicitado.



Unidad de Administración y Finanzas
Dirección General de Tecnologías de la Información
Dirección del Centro de Documentación Institucional

ANEXO III

FORMATO E5 (PAGO EN VENTANILLA BANCARIA)

HOJA DE AYUDA PARA EL PAGO EN VENTANILLA BANCARIA DERECHOS PRODUCTOS Y APROVECHAMIENTOS		DPA
REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE		CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
APELLIDO PATERNO		
APELLIDO MATERNO		
NOMBRE (S)		
DENOMINACION O RAZON SOCIAL		
1 5	SECRETARÍA DE SALUD	
CLAVE	DEPENDENCIA	
MARQUE CON X		
<input checked="" type="checkbox"/>	NO APLICA PERIODO	
<input type="checkbox"/>	MESES	<input type="checkbox"/> BIMESTRAL <input type="checkbox"/> CUATRIMESTRAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> DEL EJERCICIO
PERIODO:	EJERCICIO:	
EJEMPLO TRIMESTRAL: 1 ENERO-MARZO		AAAA
CLAVE DE REFERENCIA	1 5 6 0 0 0 6 5 3	
CADENA DE LA DEPENDENCIA	0 0 1 9 5 0 3 0 0	
CONCEPTO	DPA	IVA ACTOS ACCIDENTALES
IMPORTE	\$	\$
PARTE ACTUALIZADA	\$	\$
RECARGOS	\$	\$
MULTA POR CORRECCIÓN FISCAL	\$	\$
CANTIDAD A PAGAR	\$	\$
TOTAL A PAGAR		\$
ESTA HOJA NO ES UN COMPROBANTE OFICIAL DE PAGO, POR LO CUAL NO SERÁ SELLADA POR EL CAJERO		





ANEXO IV
CUOTAS DE SERVICIOS PROPORCIONADOS EN EL ARCHIVO HISTÓRICO
“Rómulo Velasco Ceballos”

Clave	Descripción	Número de hojas	Cuota (pesos)
500-00	Servicios de información		
	Servicio básico de búsqueda, recuperación y envío (solicitudes de consulta por fax, teléfono o correo electrónico)	1 a 10	50
500-01	Paquete adicional	1 a 10	29
370-36	Fotocopia u hoja impresa por consulta directa en CDI ¹	1	1
Reproducciones y sesiones fotográficas, y filmaciones de video			
500-03	Impresión en hojas con información de las bases de datos.		2
500-04	Reproducción de fotografías (con material y equipo proporcionado por el usuario)		50
500-05	Sesión fotográfica (20 fotos) ²		877
500-06	Filmación de video por 60 minutos ²		746
500-07	Fotografía en formato 5 x 7 cm (con material proporcionado por el Archivo) ²		80
500-08	Fotografía en formato 8 x10 cm (con material proporcionado por el Archivo) ²		254
500-09	Fotografía en formato 16 x 20 cm (con material proporcionado por el Archivo) ²		419
500-10	Fotografía en formato digital ²		64

Los estudiantes con credencial vigente pagaran la cuota establecida aplicándoles el factor de 0.50.

¹ Y A los usuarios de la Secretaría de Salud se les cobrara la cuota a partir de la copia 51, aplicándoles el factor de 0.50.

² Para tesis y/o instituciones públicas de enseñanza pagaran la cuota establecida aplicándoles el factor de 0.50.

