



Contrato abierto anual para la contratación de servicios médicos subrogados de consulta de especialidades, que celebran por una parte el **Instituto Mexicano del Seguro Social**, que en lo sucesivo se denominará "**EL INSTITUTO**", representado en este acto por el Lic. Manuel Abe Almada, en su carácter de Delegado Estatal y, por la otra **Hospital Morelos, S.A. de C.V.**, en lo subsecuente "**EL PROVEEDOR**", representada por la Lic. Laura Leticia Pérez Riso, en su carácter de Apoderado Legal; al tenor de las siguientes declaraciones y cláusulas:

DECLARACIONES

- I. "**EL INSTITUTO**", declara a través de su representante legal que:
 - I.1. Es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene a su cargo la organización y administración del Seguro Social, como un servicio público de carácter nacional, en términos de los artículos 4 y 5, de la Ley del Seguro Social.
 - I.2. Está facultado para celebrar los actos jurídicos necesarios para la consecución de los fines para los que fue creado, de conformidad con el artículo 251, fracciones IV y V, de la Ley del Seguro Social.
 - I.3. Su representante Lic. Manuel Abe Almada, dispone de facultades suficientes para celebrar actos como el presente, lo que acredita mediante escritura pública No. 67075, de fecha 20 de mayo de 2013, otorgada ante la fe del notario público No. 233 Angel Gilberto Adame López de la ciudad de México, D.F., mismas que no le han sido revocadas o modificadas en forma alguna.
 - I.4. La Lic. Claudia Catalina Laureano Palma, Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, interviene como área contratante, con fundamento en el punto 34 de las políticas bases y lineamientos en materia de adquisiciones arrendamientos y servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.
 - I.5. El Dr. Ever Bahena Cruz, Encargado de la Jefatura Delegacional de Prestaciones Medicas, interviene como área requirente, técnica y administrador del contrato, con fundamento en el punto 34 de las Políticas Bases y Lineamientos en Materia de adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.
 - I.6. Para el cumplimiento de sus funciones y la realización de sus actividades, requiere de la contratación de servicios médicos subrogados de consulta de especialidades
 - I.7. Para cubrir las erogaciones que se deriven del presente contrato, cuenta con recursos disponibles suficientes, no comprometidos, en la partida presupuestal número 42062108, de conformidad con el dictamen de suficiencia presupuestal 0000001981-2014, mismo que se agrega al presente instrumento jurídico como **Anexo 1 (UNO)**.
 - I.8. El presente contrato fue adjudicado a "**EL PROVEEDOR**" mediante el procedimiento de Adjudicación Directa No. S18/AD/014/14, Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los artículos 26 fracción III, 42 y 47 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP), y 72 de su Reglamento
 - I.9. Con fecha 10 de febrero de 2014, el Departamento de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios adscrito a la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento emitió el fallo mencionado en la Declaración que antecede.
 - I.10. Conforme a lo previsto en los artículos 57 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 107 de su Reglamento, "**EL PROVEEDOR**" en caso de auditorías, visitas o inspecciones que practique la Secretaría de la Función Pública y el Órgano Interno de Control en "**EL INSTITUTO**", deberá proporcionar la información que en su momento se requiera, relativa al presente contrato.
 - I.11. De conformidad con lo previsto en el artículo 81, fracción IV, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, en caso de discrepancia entre el contenido de la Convocatoria y el presente instrumento, prevalecerá lo establecido en la Convocatoria
 - I.12. Señala como domicilio para todos los efectos de este acto jurídico el ubicado en Boulevard Benito Juárez No. 18, col. Centro, Cuernavaca, Morelos. C.P. 62000.



II. "EL PROVEEDOR" declara que:

- II.1. Es una persona moral constituida de conformidad con las leyes de los Estados Unidos Mexicanos, según consta en la escritura pública No.13,301 de fecha 26 de junio de 1995, pasada ante la fe del Lic. Javier Miguel Bolaños Sanchez, Notario Público Interino Número 9 de Tlanepantla Estado de México, debidamente inscrita en el Registro Público de la Propiedad y el Comercio de Tlanepantla, Estado de México en la sección de comercio bajo el folio No. 43 fojas 153/156 libro Primero de Comercio volumen 31 de fecha 7 de noviembre de 1995.
- II.2. Se encuentra representada para la celebración de este contrato, por la Lic. Laura Leticia Pérez Riso, quien acredita su personalidad en términos de la escritura pública número 49291, del 16 de febrero de 2013, pasada ante la fe del Licenciado Javier Palazuelos Cinta, Notario Público número 10, de la ciudad de Cuernavaca, Morelos, y manifiesta bajo protesta de decir verdad, que las facultades que le fueron conferidas no le han sido revocadas, modificadas ni restringidas en forma alguna.
- II.3. De acuerdo con sus estatutos, su objeto consiste entre otras actividades: "...a).-Otorgar atención medica quirúrgica, hospitalización, prescripción de medicamentos, aparatos de prótesis y ortopedia..."
- II.4. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público le otorgó el Registro Federal de Contribuyentes número HMO 950626 QK7. Asimismo, cuenta con Registro Patronal ante "EL INSTITUTO" número D15-24376 10 3.
- II.5. Manifiesta bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en los supuestos de los artículos 50 y 60 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
- II.6. Cuenta con el acuse de recepción de la solicitud de opinión ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT), relacionada con el cumplimiento de sus obligaciones fiscales en los términos que establece la fracción I, de la Regla I.2.1.15 de la Segunda Resolución Miscelánea Fiscal para el presente ejercicio, de conformidad con el artículo 32 D, del Código Fiscal de la Federación, del cual presenta copia a "EL INSTITUTO", para efectos de la suscripción del presente contrato y se adjunta como **Anexo 5 (CINCO)**.
- II.7. Manifiesta bajo protesta de decir verdad, que dispone de la organización, experiencia, elementos técnicos, humanos y económicos necesarios, así como con la capacidad suficiente para cumplir con las obligaciones que asume en el presente contrato.
- II.8. Señala como domicilio legal para todos los efectos de este acto jurídico, el ubicado en Jazmín No. 2 Col. Chapultepec, Cuernavaca, Mor., teléfonos 777 315 20 17 y 315 95 53, correo electrónico info@hospitalmorelos.com.mx

Hechas las declaraciones anteriores, las partes convienen en otorgar el presente contrato, de conformidad con las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO DEL CONTRATO.- "EL INSTITUTO" se obliga a contratar de "EL PROVEEDOR" y éste se obliga a prestar los servicios médicos subrogados de consulta de especialidad de Neurología, cuyas características y especificaciones se describen en el **Anexo 2 (dos)**, en el que se identifica la cantidad mínima y la cantidad máxima de servicios susceptibles de contratación.

SEGUNDA.- IMPORTE DEL CONTRATO.- "EL INSTITUTO" cuenta con un presupuesto mínimo como compromiso de pago por el servicio objeto del presente instrumento jurídico, por un importe de **\$236,640.00 (DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS 00/100 M.N)** incluido el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.) y un presupuesto máximo susceptible de ser ejercido por la cantidad de **\$591,600.00 (QUINIENTOS NOVENTA Y UN MIL SEISCIENTOS PESOS 00/100 M.N)** incluido el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.), de conformidad con los precios unitarios que se relacionan en el **Anexo3 (TRES)** y a la **distribución presupuestal por especialidad que se indica a continuación:**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL MORELOS
JEFATURA DELEG. DE SERVS. ADMINISTRATIVOS
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Adjudicación
No :S18/AD/014/14
SERVICIO SUBROGADO
DE CONSULTA
No. D4M0097

DESCRIPCION DEL SERVICIO	HGRMF1 Cuernavaca				
	Cant Máximo	Cant Mínimo	PRECIO UNIT	PRESUPUESTO MINIMO	PRESUPUESTO MAXIMO
Consulta Externa de especialidades (neumología)	50	20	600.00	12,000.00	30,000.00
Consulta Externa de especialidades (Neurología)	400	160	600.00	96,000.00	240,000.00
Consulta Externa de especialidades (Nefrología)	100	40	600.00	24,000.00	60,000.00
Consulta Externa de especialidades (medicina interna)	100	40	600.00	24,000.00	60,000.00
Consulta Externa de especialidades (Reumatología)	100	40	600.00	24,000.00	60,000.00
Consulta Externa de especialidades (Gastrología)	100	40	600.00	24,000.00	60,000.00

Las partes convienen que el presente contrato se celebra bajo la modalidad de precios fijos, por lo que el monto de los mismos no cambiará durante la vigencia del mismo.

TERCERA.- FORMA DE PAGO.- "EL INSTITUTO" se obliga a pagar a "EL PROVEEDOR", la cantidad señalada en la Cláusula inmediata anterior en pesos mexicanos, a los 15 días naturales posteriores a la entrega por parte de "EL PROVEEDOR", de los siguientes documentos:

- Contrato y Copia de la Fianza (únicamente en la primera facturación).
- Original y copia de la factura debidamente autorizada por Director de la Unidad y el Jefe de Servicio, misma que reúna los requisitos fiscales respectivos, en la que se indique detalle de los servicios prestados, número de proveedor, número de contrato, número de fianza y denominación social de la afianzadora, detalle de los servicios prestados, y sello presupuestal.
- Solicitud de subrogación de servicios (4-30-2/03)

REQUISITOS DE LA SOLICITUD DE SUBROGACION DE SERVICIOS (4-30-2/03):

- Fecha de elaboración del formato.
- Número de Afiliación completo con agregados.
- Sello de Vigencia.
- Descripción del Diagnóstico.
- Especificación del tipo de estudio o servicio a realizar.
- Una vez prestado el servicio el proveedor debe requisitar el recuadro "Constancia de recepción del servicio".

ANEXOS A LA SOLICITUD DE SUBROGACION (4-30-2/03):

- Formato 4-30-8 Firmado por el médico tratante y Subdirector Médico, Sello de Vigencia y fecha de elaboración.
- Copia de la Tarjeta de Citas
- Copia de una identificación Oficial con firma de la persona que recibe el servicio o del



responsable del paciente.

Esta documentación deberá ser entregada en Contabilidad y Trámite de Erogaciones Delegacional, ubicado en Blvd. Benito Juárez No. 18 Col. Centro C.P. 62000, Cuernavaca, Morelos en horario de 9:00 a 13:00 hrs. de lunes a viernes.

El Proveedor deberá dar cumplimiento estricto en la fechas de facturación (cada 15 días) evitando el diferimiento en la entrega de los documentos soportes.

En caso de que **"EL PROVEEDOR"** presente su factura con errores o deficiencias, conforme a lo previsto en el artículo 90 del Reglamento de la Ley, **"EL INSTITUTO"** dentro de los tres días hábiles siguientes a la recepción, indicará por escrito a **"EL PROVEEDOR"** las deficiencias que se deberán corregir.

"EL PROVEEDOR" podrá optar porque **"EL INSTITUTO"** efectúe el pago de los el pago del servicio prestado, a través del esquema electrónico intrabancario que tiene en operación, con las instituciones bancarias siguientes: Banamex, S.A., BBVA, Bancomer, S.A., Banorte, S.A. y Scotiabank Inverlat, S.A., para tal efecto deberá presentar su petición por escrito en Contabilidad y Trámite de Erogaciones Delegacional, ubicado en Blvd. Benito Juárez No. 18 Col. Centro C.P. 62000, Cuernavaca, Morelos en horario de 9:00 a 13:00 hrs. de lunes a viernes, indicando: razón social, domicilio fiscal, número telefónico y fax, nombre completo del apoderado legal con facultades de cobro y su firma, número de cuenta de cheques (número de clabe bancaria estandarizada), banco, sucursal y plaza, así como, número de proveedor asignado por **"EL INSTITUTO"**.

En caso de que **"EL PROVEEDOR"** solicite el abono en una cuenta contratada en un banco diferente a los antes citados (interbancario), **"EL INSTITUTO"** realizará la instrucción de pago en la fecha de vencimiento del contra recibo y su aplicación se llevará a cabo al día hábil siguiente, de acuerdo con el mecanismo establecido por el Centro de Compensación Bancaria (**CECOBAN**).

Anexo a la solicitud de pago electrónico (intrabancario e interbancario) **"EL PROVEEDOR"** deberá presentar original y copia de la cédula del Registro Federal de Contribuyentes, poder notarial e identificación oficial; los originales se solicitan únicamente para cotejar los datos y le serán devueltos en el mismo acto a **"EL PROVEEDOR"**.

Asimismo, **"EL INSTITUTO"** podrá aceptar de **"EL PROVEEDOR"** que tenga cuentas líquidas y exigibles a su cargo, que éstas se apliquen por concepto de cuotas obrero patronales, conforme a lo previsto en el artículo 40 B, de la Ley del Seguro Social.

"EL PROVEEDOR" que celebre contrato de cesión de derechos de cobro, deberá notificarlo por escrito a **"EL INSTITUTO"**, con un mínimo de 5 (cinco) días naturales anteriores a la fecha de pago programada, entregando invariablemente una copia de los contra-recibos cuyo importe se cede, además de los documentos sustantivos de dicha cesión. El mismo procedimiento aplicará en el caso de que **"EL PROVEEDOR"** celebre contrato de cesión de derechos de cobro a través de factoraje financiero conforme al Programa de Cadenas Productivas de Nacional Financiera, S.N.C., Institución de Banca de Desarrollo."

El pago del servicio prestado, quedará condicionado proporcionalmente al pago que **"EL PROVEEDOR"** deba efectuar por concepto de penas convencionales por atraso.

CUARTA.- PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.- **"EL PROVEEDOR"** se compromete a prestar el servicio a **"EL INSTITUTO"** que se menciona en la Cláusula Primera del presente instrumento jurídico, dentro de los plazos señalados en el calendario y en los lugares que se indican en el **Anexo 2 (DOS)**.

En el supuesto de que **"EL PROVEEDOR"** para la prestación del servicio requiera de un espacio para resguardar bienes de su propiedad y que éstos sean necesarios para la prestación del servicio; previo al



inicio de éste, deberá solicitarlo a “EL INSTITUTO”, sin que el hecho de que no le sea proporcionado el espacio, sea un obstáculo para no iniciar en tiempo con la prestación del servicio.

Durante la prestación del servicio, éste será sujeto a una verificación visual aleatoria, con objeto de revisar que se preste conforme a las características solicitadas.

Cabe resaltar que mientras no se cumpla con las condiciones de la prestación del servicio establecidas, “EL INSTITUTO” no dará por aceptado el servicio objeto de este instrumento jurídico.

“EL PROVEEDOR” será responsable durante la prestación del servicio, de los daños, perjuicios o lesiones que afecten a los usuarios así como a terceros, como consecuencia inobservancia o negligencia de la prestación del servicio objeto del contrato que se le adjudique, por lo anterior se obliga a resarcir al Instituto de cualquier erogación que éste llegara a efectuar por este concepto, y además responderá ante el Instituto de las deficiencias en la prestación del servicio, así como cualquier otra responsabilidad en que hubiere incurrido, en los términos señalados en la convocatoria y en la legislación aplicable.

QUINTA.- VIGENCIA.- Las partes convienen en que la vigencia del presente contrato comprenderá del 11 de febrero al 31 de diciembre de 2014.

SEXTA.- PROHIBICIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES.- “EL PROVEEDOR” se obliga a no ceder, a favor de cualquier otra persona, los derechos y obligaciones que se deriven de este Contrato.

“EL PROVEEDOR” sólo podrá ceder los derechos de cobro que se deriven del presente contrato, de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula Tercera, del presente instrumento jurídico.

SEPTIMA.- RESPONSABILIDAD.- “EL PROVEEDOR” se obliga a responder por su cuenta y riesgo de los daños y/o perjuicios que por inobservancia o negligencia de su parte, lleguen a causar a “EL INSTITUTO” y/o a terceros, con motivo de las obligaciones pactadas en este instrumento jurídico, de conformidad con lo establecido en el artículo 53, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Así se compromete como empresario y patrón del personal que contrate para proporcionar los servicios, que será el único responsable de las obligaciones contractuales en el ámbito laboral derivadas de las disposiciones legales y ordenamientos en materia de trabajo y seguridad social, comprometiéndose a responder en todas las reclamaciones que pudieran suscitarse durante el desarrollo de los mismos.

OCTAVA.- IMPUESTOS Y/O DERECHOS.- Los impuestos y/o derechos que procedan con motivo del servicio objeto del presente contrato, serán pagados por “EL PROVEEDOR” conforme a la legislación aplicable en la materia.

“EL INSTITUTO” sólo cubrirá el Impuesto al Valor Agregado de acuerdo a lo establecido en las disposiciones fiscales vigentes en la materia.

NOVENA.- PATENTES Y/O MARCAS.- “EL PROVEEDOR” se obliga para con “EL INSTITUTO”, a responder por los daños y/o perjuicios que le pudiera causar a éste o a terceros, si con motivo de la prestación del servicio viola derechos de autor, de patentes y/o marcas u otro derecho reservado a nivel nacional o internacional.

Por lo anterior, “EL PROVEEDOR” manifiesta en este acto bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en ninguno de los supuestos de infracción a la Ley Federal del Derecho de Autor, ni a la Ley de la Propiedad Industrial.

En caso de que sobreviniera alguna reclamación en contra de “EL INSTITUTO” por cualquiera de las causas antes mencionadas, la única obligación de éste será la de dar aviso en el domicilio previsto en este



instrumento a "EL PROVEEDOR", para que éste lleve a cabo las acciones necesarias que garanticen la liberación de "EL INSTITUTO" de cualquier controversia o responsabilidad de carácter civil, mercantil, penal o administrativa que, en su caso, se ocasione.

DÉCIMA.- GARANTÍAS.- "EL PROVEEDOR" se obliga a otorgar a "EL INSTITUTO", las garantías que se enumeran a continuación:

POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL.- "EL PROVEEDOR" se obliga a otorgar, dentro de un plazo de diez días naturales contados a partir de la firma de este instrumento póliza de responsabilidad civil por hasta por el 50% del monto del presente instrumento.

GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.- "EL PROVEEDOR" se obliga a otorgar, dentro de un plazo de diez días naturales contados a partir de la firma de este instrumento, una garantía de cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones a su cargo derivadas del presente Contrato, mediante fianza expedida por compañía autorizada en los términos de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, y a favor del "Instituto Mexicano del Seguro Social", por un monto equivalente al 10% (diez por ciento) sobre el importe máximo que se indica en la Cláusula Segunda del presente contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado

"EL PROVEEDOR" queda obligado a entregar a "EL INSTITUTO" la póliza de fianza, apegándose al formato que se integra al presente instrumento jurídico como **Anexo 4 (Cuatro)**, y la póliza de responsabilidad civil en el Departamento de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios ubicado en Av. Plan de Ayala esquina Av. Central colonia Cuauhnahuac, C.P. 62430, Cuernavaca, Morelos.

Dicha póliza de responsabilidad civil y póliza de garantía de cumplimiento del contrato será devuelta a "EL PROVEEDOR" una vez que "EL INSTITUTO" le otorgue autorización por escrito, para que éste pueda solicitar a la afianzadora correspondiente la cancelación de la fianza, autorización que se entregará a "EL PROVEEDOR" en forma inmediata, siempre que demuestre haber cumplido con la totalidad de las obligaciones adquiridas por virtud del presente contrato.

De conformidad con el artículo 81, fracción II del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, la aplicación de la garantía de cumplimiento se hará efectiva por el monto total de la obligación garantizada.

DÉCIMA PRIMERA.- EJECUCIÓN DE LA PÓLIZA DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO.- "EL INSTITUTO" llevará a cabo la ejecución de la garantía de cumplimiento del contrato en los casos siguientes:

- a) Se rescinda administrativamente este contrato.
- b) Durante su vigencia se detecten deficiencias, fallas o calidad inferior del servicio suministrado, en comparación con los ofertados.
- c) Cuando en el supuesto de que se realicen modificaciones al contrato, no entregue "EL PROVEEDOR" en el plazo pactado, el endoso o la nueva garantía, que ampare el porcentaje establecido para garantizar el cumplimiento del presente instrumento, establecido en la Cláusula DÉCIMA
- d) Por cualquier otro incumplimiento de las obligaciones contraídas en este contrato.

DÉCIMA SEGUNDA.- PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO EN EL SERVICIO Y DEDUCTIVAS POR DEFICIENCIAS EN EL MISMO.- EL INSTITUTO aplicará una pena convencional por cada día de atraso en la prestación del servicio, por el equivalente al 2.5%, sobre el valor total de lo incumplido, sin incluir el IVA, en el supuesto siguiente:

- Cuando EL PROVEEDOR no otorgue la consulta conforme al calendario y horarios establecidos.



- Cuando EL PROVEEDOR no preste el servicio que se le haya requerido dentro del plazo señalado en los anexos (consulta de especialidades): Anexo Número 2 del presente contrato, considerándose este plazo como entrega oportuna: cita el mismo día y un máximo de cuatro días.

Una vez transcurrido (1) un día hábil posterior a la fecha comprometida para la realización del servicio, será potestativo para EL INSTITUTO aceptar el motivo de retraso.

DEDUCTIVAS

EL INSTITUTO aplicará deductivas por deficiencias en el servicio en los supuestos siguientes:

- En caso de que EL INSTITUTO por urgencia de la prestación del servicio este obligado a contratar un tercero por incumplimiento, EL PROVEEDOR pagara como pena convencional el equivalente al 100% de los gastos que el Instituto haya erogado por este concepto, o sus derechohabientes.
- De generarse alguna reclamación por parte del derechohabiente por deficiencias en la consulta recibida debidamente documentado, EL PROVEEDOR se hará acreedor a una deductiva equivalente al 10% sobre el costo de la consulta.
- Cuando EL PROVEEDOR incumplan en la calidad de los servicios solicitados (consulta externa de especialidades) de acuerdo a Norma Oficial Mexicana NOM168-SSA1-1998, del expediente clínico, que incluya los antecedentes heredo familiares, antecedentes personales patológicos. realizada a máquina de escribir o en computadora en forma legible, se aplicara una deductiva equivalente al 100% del costo de la consulta.
- Cuando EL PROVEEDOR incumpla en la entrega del informe que consiste en registro impreso y electrónico sobre el número y tipo de Consultas realizados de acuerdo a estas bases, indicando fecha de realización, unidad que refirió, nombre del paciente, costo unitario con IVA, sin IVA y total, número de afiliación, servicio solicitante del estudio y médico especialista solicitante, a los correos electrónicos de jorge.aguirre@imss.gob.mx, oscar.jaimes@imss.gob.mx y gabina.cortes@imss.gob.mx dentro de los 3 días hábiles del mes inmediato posterior a la consulta teniendo como evidencia de entrega sello y firma de la coordinación y/o acuse de recibo en correo electrónico a los correos arriba mencionados se aplicara el 2.5% sobre el monto facturado en el mes que corresponda.

Los informes serán con corte al día 25 de cada mes.

- Si durante las visitas de supervisión que se realicen al contrato se detectan deficiencias en el servicio contratado, EL PROVEEDOR se hará acreedor a una deductiva equivalente al 2.5 % sobre el valor de lo facturado en el mes donde se detecten estas deficiencias.

No obstante la aplicación de las penas convencionales y deductivas antes indicadas, EL INSTITUTO podrá rescindir el contrato respectivo.

EL PROVEEDOR autorizará al INSTITUTO a descontar las cantidades que resulten de aplicar la pena convencional, sobre los pagos que deba cubrir al propio proveedor.

La pena convencional y/o deductivas se calculará por cada día de incumplimiento, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, aplicado al valor del servicio prestado con atraso, y de



manera proporcional al importe de la garantía de cumplimiento que corresponda al concepto. La suma de las penas convencionales y deductivas no deberá exceder el importe de dicha garantía.

Conforme a lo previsto en el penúltimo párrafo del artículo 95 y 96 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, no se aceptará la estipulación de penas convencionales, ni intereses moratorios a cargo del Instituto.

DÉCIMA TERCERA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA.- De conformidad con lo establecido en el artículo 54 Bis, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, **"EL INSTITUTO"** podrá dar por terminado anticipadamente el presente Contrato sin responsabilidad para éste y sin necesidad de que medie resolución judicial alguna, cuando concurren razones de interés general o bien, cuando por causas justificadas se extinga la necesidad del servicio objeto del presente Contrato, y se demuestre que de continuar con el cumplimiento de las obligaciones pactadas se ocasionaría algún daño o perjuicio a **"EL INSTITUTO"** o se determine la nulidad total o parcial de los actos que dieron origen al presente instrumento jurídico, con motivo de la resolución de una inconformidad emitida por la Secretaría de la Función Pública.

En estos casos **"EL INSTITUTO"** reembolsará a **"EL PROVEEDOR"** los gastos no recuperables en que haya incurrido, siempre que estos sean razonables, estén comprobados y se relacionen directamente con el presente instrumento jurídico.

DÉCIMA CUARTA.- RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO.- **"EL INSTITUTO"** podrá rescindir administrativamente el presente contrato en cualquier momento, cuando **"EL PROVEEDOR"** incurra en incumplimiento de cualquiera de las obligaciones a su cargo, de conformidad con el procedimiento previsto en el artículo 54, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. **"EL INSTITUTO"** podrá suspender el trámite del procedimiento de rescisión, cuando se hubiera iniciado un procedimiento de conciliación respecto del contrato materia de la rescisión.

DÉCIMA QUINTA.- CAUSAS DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO.- **"EL INSTITUTO"** podrá rescindir administrativamente este contrato sin más responsabilidad para el mismo y sin necesidad de resolución judicial, cuando **"EL PROVEEDOR"** incurra en cualquiera de las causales siguientes:

1. Cuando no entregue la garantía de cumplimiento del contrato, dentro del término de 10 (diez) días naturales posteriores a la firma del mismo.
2. Cuando incurra en falta de veracidad total o parcial respecto a la información proporcionada para la celebración del contrato.
3. Cuando se incumpla, total o parcialmente, con cualesquiera de las obligaciones establecidas en el este instrumento jurídico y sus anexos.
4. Cuando se compruebe que **"EL PROVEEDOR"** haya prestado el servicio con descripciones y características distintas a las pactadas en el presente instrumento jurídico.
5. Cuando se transmitan total o parcialmente, bajo cualquier título, los derechos y obligaciones pactadas en el presente instrumento jurídico, con excepción de los derechos de cobro, previa autorización de **"EL INSTITUTO"**.
6. Si la autoridad competente declara el concurso mercantil o cualquier situación análoga o equivalente que afecte el patrimonio de **"EL PROVEEDOR"**.
7. En el supuesto de que la Comisión Federal de Competencia, de acuerdo a sus facultades, notifique a **"EL INSTITUTO"** la sanción impuesta a **"EL PROVEEDOR"**, con motivo de la colusión de precios en que hubiese incurrido durante el procedimiento licitatorio, en contravención a lo dispuesto en los artículos 9, de la Ley Federal de Competencia Económica y 34, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

DÉCIMA SEXTA.- PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN.- Para el caso de rescisión administrativa las partes convienen en someterse al siguiente procedimiento:



- a) Si **"EL INSTITUTO"** considera que **"EL PROVEEDOR"** ha incurrido en alguna de las causales de rescisión que se consignan en la Cláusula que antecede, lo hará saber a **"EL PROVEEDOR"** de forma indubitable por escrito a efecto de que éste exponga lo que a su derecho convenga y aporte, en su caso, las pruebas que estime pertinentes, en un término de 5 (cinco) días hábiles, a partir de la notificación de la comunicación de referencia.
- b) Transcurrido el término a que se refiere el párrafo anterior, se resolverá considerando los argumentos y pruebas que hubiere hecho valer.
- c) La determinación de dar o no por rescindido administrativamente el contrato, deberá ser debidamente fundada, motivada y comunicada por escrito a **"EL PROVEEDOR"**, dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes, al vencimiento del plazo señalado en el inciso a), de esta Cláusula.

En el supuesto de que se rescinda el contrato, **"EL INSTITUTO"** no aplicará las penas convencionales, ni su contabilización para hacer efectiva la garantía de cumplimiento de este instrumento jurídico.

En caso de que **"EL INSTITUTO"** determine dar por rescindido el presente contrato, se deberá formular un finiquito en el que se hagan constar los pagos que, en su caso, deba efectuar **"EL INSTITUTO"** por concepto del servicio prestado por **"EL PROVEEDOR"** hasta el momento en que se determine la rescisión administrativa.

Si previamente a la determinación de dar por rescindido el contrato, **"EL PROVEEDOR"** cumple con las condiciones de la prestación del servicio, el procedimiento iniciado quedará sin efectos, previa aceptación y verificación de **"EL INSTITUTO"** por escrito, de que continúa vigente la necesidad de contar la prestación del servicio, aplicando en su caso, las penas convencionales correspondientes.

"EL INSTITUTO" podrá determinar no dar por rescindido el contrato, cuando durante el procedimiento advierta que dicha rescisión pudiera ocasionar algún daño o afectación a las funciones que tiene encomendadas. En este supuesto, **"EL INSTITUTO"** elaborará un dictamen en el cual justifique que los impactos económicos o de operación que se ocasionarían con la rescisión del contrato resultarían más inconvenientes.

De no darse por rescindido el contrato, **"EL INSTITUTO"** establecerá, de conformidad con **"EL PROVEEDOR"** un nuevo plazo para el cumplimiento de aquellas obligaciones que se hubiesen dejado de cumplir, a efecto de que **"EL PROVEEDOR"** subsane el incumplimiento que hubiere motivado el inicio del procedimiento de rescisión. Lo anterior, se llevará a cabo a través de un convenio modificatorio en el que se considere lo dispuesto en los dos últimos párrafos del artículo 52 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

DÉCIMA SÉPTIMA.- MODIFICACIONES.- De conformidad con lo establecido en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, artículo 52 y 91 de su Reglamento, **"EL INSTITUTO"** podrá celebrar por escrito convenio modificatorio, al presente contrato dentro de la vigencia del mismo. Para tal efecto, **"EL PROVEEDOR"** se obliga a presentar, en su caso, la modificación de la garantía, en términos del artículo 103, fracción II, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

DÉCIMA OCTAVA.- RELACIÓN DE ANEXOS.- Los anexos que se relacionan a continuación son rubricados de conformidad por las partes y forman parte integrante del presente contrato.

- Anexo 1 (UNO) "Dictamen de Disponibilidad Presupuestaria"
- Anexo 2 (DOS) "Asignación y Requerimiento"
- Anexo 3 (TRES) "Propuesta Económica"
- Anexo 4 (CUATRO) "Formato para Póliza de Fianza de Cumplimiento de Contrato"
- Anexo 5 (CINCO) "Consulta al SAT relativa al artículo 32-D"



DÉCIMA NOVENA.- LEGISLACIÓN APLICABLE.- Las partes se obligan a sujetarse estrictamente para el cumplimiento del presente contrato, a todas y cada una de las cláusulas del mismo, así como a lo establecido en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento, el Código Civil Federal, el Código Federal de Procedimientos Civiles, la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y las disposiciones administrativas aplicables en la materia.

VIGÉSIMA- JURISDICCIÓN.- Para la interpretación y cumplimiento de este instrumento jurídico, así como para todo aquello que no esté expresamente estipulado en el mismo, las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales federales competentes de la Ciudad de Cuernavaca, Morelos, renunciando a cualquier otro fuero presente o futuro que por razón de su domicilio les pudiera corresponder.

Previa lectura y debidamente enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente contrato, en virtud de que se ajusta a la expresión de su libre voluntad y que su consentimiento no se encuentra afectado por dolo, error, mala fe ni otros vicios de la voluntad, lo firman y ratifican en todas sus partes, por quintuplicado, en la Ciudad de Cuernavaca, Morelos, el día 12 de febrero de 2014.

"EL INSTITUTO"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"EL PROVEEDOR"
HOSPITAL MORELOS, S.A. DE C.V.

Lic. Manuel Abe Almadá
Delegado Estatal en Morelos
Representante Legal

Lic. Laura Leticia Pérez Riso
Apoderado Legal

**POR EL ÁREA REQUERENTE TECNICA Y
ADMINISTRADOR DEL CONTRATO**

POR EL AREA CONTRATANTE

Dr. Ever Bañena Cruz
Encargado de la Jefatura Delegacional de
Prestaciones Médicas

Lic. Claudia Catalina Laureano Palma
Titular de la Coordinación de Abastecimiento
y Equipamiento.

RECIBI CONTRATO ORIGINAL
HOMERO DOMINGO EL RODRIGUEZ
Dominguez 2

02-ABRIL-14 12:30 Hrs.



ANEXO 1 Dictamen de Disponibilidad Presupuestaria



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCION DE FINANZAS
 DELEGACION Morelos
 DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO

FOLIO: 000001981-2014

Dictamen de Inversión

Dictamen de Gasto

Dependencia Solicitante: 18 Morelos

180001 Oficina Delegacional Mor

200100 Coordinación de Soporte Médico

Concepto: ATENCION PRESTADA POR PARTICULARES PREVIO 2014 MEMO 602/2013

Fecha Elaboración: 30/09/2013

Total Comprometido (en pesos): \$ 680.776.00

Cuenta: 42002108

Ata. prestada x particulares

Unidad de Información: 180601

Centro de Costos: 200903

COORDINACIÓN DE FINANZAS (en miles de pesos)												
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
0.0	0.0	0.0	102.4	74.7	74.7	74.7	74.7	79.6	90.0	90.0	0.0	
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	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-Milenium, 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

C.P. Paulina Rodríguez Nava

Jefe de Servicios de Finanzas Deleg 18

DIA	MES	AÑO

DICTAMINADO DEFINITIVO

DICTAMEN DEFINITIVO

CONTRATO No. _____

IMPORTE DEFINITIVO (EN PESOS):

\$ _____ .00

SE EMITE SUJETO A LAS CIFRAS DEFINITIVAS QUE APRUEBE LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS PARA EL IMSS, RAZON POR LA CUAL EL IMPORTE DEBERÁ RATIFICARSE UNA VEZ QUE SE TENGA EL PRESUPUESTO APROBADO PARA EL EJERCICIO 2014

Clave: 6170-908-001



ANEXO 2 Asignación y Características Técnicas, Alcances y Especificaciones



DELEGACIÓN ESTATAL MORELOS



ASIGNACIÓN

FECHA: 10 Febrero del 2014
 NÚMERO DE HOJAS: UNA

PARA: HOSPITAL MORELOS, S.A DE C.V.,
 ATN. VENTAS GOBIERNO
 RFC: HMO 950626 QK7

CONFIRMO LA ASIGNACIÓN DEL SERVICIO COTIZADO DENTRO DE LA ADJUDICACIÓN DIRECTA No. S18/AD/014/14 MISMO QUE SE DETALLAN A CONTINUACION

ARTICULO: 42 DE LA LAASSP

GRUPO DE SUMINISTRO: CONT. SERVICIO CONSULTA SUBROGADA

DESC. ART	MONTO MINIMO INCLUYENDO IVA	MONTO MAXIMO INCLUYENDO IVA
CONTRATACION DEL SERVICIO DE CONSULTA SUBROGADA PARA LAS ESPECIALIDADES QUE SE DETALLAN A CONTINUACION	236,640.00	591,600.00

DESCRIPCION DEL SERVICIO	HGRMF1 Cuernavaca				
	Cant Máximo	Cant Mínimo	PRECIO UNIT	PRESUPUESTO MINIMO	PRESUPUESTO MAXIMO
Consulta Externa de especialidades (neumología)	50	20	600.00	12,000.00	30,000.00
Consulta Externa de especialidades (Neurología)	400	160	600.00	96,000.00	240,000.00
Consulta Externa de especialidades (Nefrología)	100	40	600.00	24,000.00	60,000.00
Consulta Externa de especialidades (medicina interna)	100	40	600.00	24,000.00	60,000.00
Consulta Externa de especialidades (Reumatología)	100	40	600.00	24,000.00	60,000.00
Consulta Externa de especialidades (Gastrología)	100	40	600.00	24,000.00	60,000.00
	SUBTOT			204,000.00	510,000.00
	16%			32,640.00	81,600.00
	TOTAL			236,640.00	591,600.00



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL MORELOS
JEFATURA DELEG. DE SERVS. ADMINISTRATIVOS
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Adjudicación
No :S18/AD/014/14
SERVICIO SUBROGADO
DE CONSULTA
No. D4M0097

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



DELEGACIÓN ESTATAL MORELOS



Se le solicita envíe escaneada la siguiente información al correo de georgina.ayala@imss.gob.mx, a más tardar el día 14 de Febrero del 2014, a fin de poder elaborar su contrato

- Acta Constitutiva
- Acreditación
- Comprobante de domicilio
- RFC
- Acta donde otorga poder notarial
- Identificación

VIGENCIA: La vigencia comprenderá del 11 Febrero al 31 Diciembre del 2014.

Es importante comentar que el servicio deberá cubrir todos los requisitos solicitados dentro de la convocatoria.

Para cualquier aclaración favor de comunicarse a los tel. (s) lada (01 777) 3 16 12 65, 3 15 64 22 con Rosa Laura Serrano Castillo, mail laura.serrano@imss.gob.mx

ATENTAMENTE
"Seguridad y Solidaridad Social"

LIC. CLAUDIA LAUREANO PALMA
COORDINADORA DELEG. DE ABASTECIMIENTO
Y EQUIPAMIENTO

JLCL**laura*



1. CONDICIONES GENERALES MINIMAS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO.

- A. EL PROVEEDOR tiene ubicadas sus instalaciones hospitalarias para efectos del presente contrato en:

HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.
JAZMIN No. 2 COL. CHAPULTEPEC, C.P. 62450, CUERNAVACA
MORELOS

- B. EL PROVEEDOR deberá ofertar el servicio consulta subrogada, considerando un horario de lunes a viernes en horario de 8:00 a 20:00 horas; (solicitando que considere en caso de pacientes de mayor lejanía los horarios matutinos y para pacientes locales los vespertinos) y que el tiempo máximo para el otorgamiento de la cita será de 4 días hábiles posteriores a la solicitud que se realice; y el tiempo máximo de espera del paciente para recibir la atención será de treinta minutos.

Si la demanda del servicio lo amerita, el servicio se podrá otorgar los días sábados de 8:00 a 16:00 horas, la cita la realizara y tramitara la propia unidad (del IMSS) a través de vía telefónica con EL PROVEEDOR adjudicado o través de correo electrónico lo que se considere más eficaz para ambas partes

- C. El Instituto podrá extender el servicio de Consulta de Especialidad a otras Especialidades Médicas y/o Quirúrgicas consideradas en la cartera de servicios del Hospital General Regional con Medicina Familiar N°1 Cuernavaca y Hospital General de Zona con Medicina Familiar N° 7 Cuautla (Se describen en el punto 1. 5), siempre y cuando se cuente con disponibilidad presupuestal y con la autorización escrita por la Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social de Morelos; por lo que EL PROVEEDOR podrá ofertar las consultas que sean de su interés; sin que sea motivo de descalificación el no ofertarlas. Solicitamos por la tanto se coticen todas las especialidades de que se describen en el punto 1 aunque no sea las que aparece en el cuadro que contiene especialidades solicitadas con número mínimo y máximo. Se especifica que dicho contrato será por Monto presupuestal.

- D. EL PROVEEDOR que resulte adjudicado deberá entregar al inicio del contrato a los Directores del Hospital(es) requirente(s) un listado que contenga los nombres del personal responsable por parte de la empresa con: nombre completo, correo electrónico, teléfono fijo y móvil en caso de contingencia o problema con respecto al servicio contratado para poder ser contactados por personal de IMSS con el fin de promover la resolución de dudas o problemas inherentes a lo contratado. Solicitando que dicho listado se actualice por la empresa en caso de tener modificación con respecto a su personal y/o datos ahí anotados y turnando copia del mismo a la Coordinación de Gestión Médica y Coordinación de Soporte con el Dr. Jorge Aguirre Lazcano y Lic Oscar Jaimes Muñoz en los correos ya mencionados en esta convocatoria.

- E. EL PROVEEDOR deberá contar con una póliza de responsabilidad civil por hasta por el 50% del monto de la partida (S) que oferte y que se le lleguen a adjudicar; misma que entregara máximo diez días posteriores a la firma del contrato.

En caso de resultar asignado en más de una partida, se considerara el 50% del monto de la partida más alta

- F. EL PROVEEDOR otorgará la atención de Consulta de Especialidades a todos los pacientes referidos mediante las formas 4-30-8/98 "Referencia-contrarreferencia" y 4-30-2 "Solicitud de subrogación de servicios" (anexo) el cual tendrá que estar completamente requisitado con los datos solicitados en ellos, firmas de los funcionarios autorizados (director de la unidad y jefe de servicio.); o en caso de ausencia de los mismos , contar con el oficio donde le informa el funcionario



del IMSS a el proveedor quien se queda en su lugar como responsable, informándole nombre y firma para conocimiento, así como el lapso en tiempo de esta autorización , sello de vigencia de derechos el cual tendrá que estar totalmente requisitado con nombre y apellidos completos y legibles del trabajador que firma la vigencia y numero de matricula por lo que el Instituto no asume ninguna responsabilidad de pago si el servicio se presta sin contar con dichos formatos debidamente requisitados.

- G. En caso de existir inconsistencia en formatos, requisitos horarios o información del paciente y el servicio contratado; EL PROVEEDOR deberá de tomar nota de lo sucedido para informar inmediatamente al IMSS (área de Subdirección Administrativa y o Dirección e la Unidad vía telefónica y correo electrónico de la unidad que lo refirió) con el fin de evitar molestias innecesarias en la medida de lo posible a las derechohabientes del IMSS que acudan al servicio subrogado contratado, no debiendo por ningún motivo suspender la realización del servicio; en caso de hacerlo se aplicarán las sanciones correspondientes. En caso de reincidencia en anomalías de requisitado en estos formatos por parte de la(s) unidad(es) se deberá informar por escrito vía oficio con las evidencias de la reincidencia a la Coordinación de Soporte al Lic. Oscar Jaimes Muñoz titular de la coordinación, sito Boulevard Juárez No 18 Centro C.P. 62000 Cuernavaca, Morelos. y Gestión Medica Dr. Jorge Aguirre Lazcano de la delegación por entrega personal y escaneados a los correos arriba señalados.
- H. EL PROVEEDOR otorgara la consulta de primera vez y/o subsecuente de acuerdo a lo que le soliciten, una vez otorgado el servicio registrará en el reverso de la forma 4-30-8/98 "Referencia-contrarreferencia" y/o en nota medica que se apegue total cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM168-SSA1-1998, del expediente clínico ; el diagnostico sin abreviatura, anotando si es paciente de 1er vez o subsecuente, deberá elaborar en cada consulta nota medica(membretada por la unidad contratada) la cual entregara de manera impresa al paciente (al término de la consulta; será el paciente quién entregue a su médico familiar las formas 4-30-8/98 "Referencia-contrarreferencia" y/o nota médica en caso de ser insuficiente el espacio). Solicitando en este rubro se de cumplimiento a la elaboración de notas a través de máquina de escribir o computadora ya que las notas medicas a mano puede ser ilegibles.
- I. EL PROVEEDOR entregará copia de nota médica(membretada por la unidad contratada)y una copia de las formas 4-30-8/98 "Referencia-contrarreferencia" de cada paciente a la Dirección de cada hospital con una periodicidad semanal. A la dirección de la unidad para el reporte de la productividad y justificación presupuestal a área normativa.
- J. EL PROVEEDOR deberá realizar las notas medicas en el reverso de la forma 4-30-8/98 "Referencia-contrarreferencia" y/o nota médica(membretada por la unidad contratada) en caso de ser insuficiente el espacio y que esta se efectúen en estricto cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM168-SSA1-1998, del expediente clínico, que incluya los antecedentes heredo familiares, antecedentes personales patológicos y no patológicos, padecimiento actual con semiología y exploración física, diagnostico, tratamiento no farmacológico y farmacológico indicado realizadas en máquina de escribir y

Los medicamentos se deberán anotar con claridad, con nombre genérico, presentación, dosis calculada mensual en número de tabletas, frascos, ámpulas, etc., indicando modo de uso y tiempo de aplicación, y pronóstico). Será el derechohabiente atendido quien acudirá con el Médico de su Unidad de Medicina Familiar de adscripción para que le sea proporcionada la receta individual del o los medicamentos prescritos por el proveedor para su validación y envío a la farmacia institucional para su surtimiento

- K. EL PROVEEDOR únicamente podrá prescribir aquellos medicamentos que se encuentren autorizados dentro del Cuadro Básico Institucional de Medicamentos el cual se enlista en el presente Anexo, de acuerdo a la especialidad.



- L. Cuando derivado del otorgamiento de la consulta, EL PROVEEDOR considere necesario la realización de estudios de laboratorio clínico o de gabinete radiológico y de imagenología, deberán ser registrados en la nota médica para La prescripción de estos estudios de laboratorio clínico y/o gabinete radiológico e imagenología deberá estar apegada a la cartera de servicios de la unidad hospitalaria que lo refiere.
- M. EL PROVEEDOR considerará al paciente y su familia sujetos primordiales de sus acciones y brindará atención con oportunidad, calidad, eficiencia, efectividad, trato amable, cortés. con oportunidad, calidad y trato humanitario; debiendo utilizar en su práctica diaria y forma adecuada los recursos tecnológicos suficientes para la adecuada y oportuna atención del paciente.
- N. EL PROVEEDOR deberá prestar el servicio que se le llegue a adjudicar con particular cuidado en el trato y atención a los pacientes referidos por el IMSS, con especial énfasis en el trato amable respetuoso ético y cuidando el pudor de las mismos durante su estancia y atención en el servicio.
- O. EL PROVEEDOR informará y orientará con amplitud y apego a los principios de bioética al paciente y familiar o responsable legal, sobre el daño a la salud, evolución, tratamiento y pronóstico así como la importancia del auto cuidado y participación de la familia.
- P. La enfermera que asiste al médico otorgará en todo momento atención de manera respetuosa, oportuna, cálida y lenguaje claro y sencillo. (solo aplica para las consultas de las especialidades de Urología y Oftalmología).

1.1. INSTALACIONES.

- A. Las instalaciones deberán ser adecuadas, en tamaño, cantidad y distribución, para atender a los derechohabientes referidos y la distribución espacial y mobiliario del área de espera de Consulta Externa deberán cumplir los lineamientos señalados en la NORMA Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- B. Deberá disponer de consultorios que cuenten con equipo médico instrumental y mobiliario completo especializado de su área para realizar la valoración integral de cada paciente.
- C. De acuerdo con la especialidad que ofrece el proveedor de atención médica, el consultorio deberá cumplir con los requerimientos de equipo descritos en la NORMA Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- D. Cuando deba sustituir en su caso, el instrumental y consumibles necesarios, en virtud de mejoras tecnológicas y/o disposiciones de las autoridades sanitarias, el proveedor lo deberá informar al Instituto con el fin de garantizar la calidad de los estudios contratados
- E. Las instalaciones del proveedor deben de ser accesibles a la Población Derechohabiente a la cual brinda los servicios y sin barreras arquitectónicas para atención de discapacitados.
- F. EL PROVEEDOR deberá respetar el domicilio de ubicación del servicio de consulta de especialidades en el domicilio especificado en su propuesta y no podrá prestarse en un lugar diferente al estipulado; a menos que se tenga la autorización por escrito del Jefe Delegacional de Prestaciones Medicas y siempre y cuando las instalaciones que se ofrezcan cumplan lo mencionando en la presente convocatoria
- G. El Instituto se reserva el derecho de realizar supervisiones con el fin de garantizar que los establecimiento donde se atiende a los derechohabientes cuenten con las siguientes medidas de seguridad:



1. Sistemas de alarma
2. Detectores de humo
3. Salida de emergencia adicional a la de acceso con puertas abatibles y barra de emergencia u otro dispositivo de fácil operación
4. Rutas de evacuación señalizadas y pasillos libres de obstáculos
5. Punto de reunión señalizado
6. Acreditar la realización de simulacros de evacuación (avalados por protección civil del estado y vigentes durante el lapso del contrato)
7. Equipo contra incendios que se encuentre en sitios visibles con recarga vigente y el personal sabe cómo utilizarlo
8. Iluminación de emergencia
9. Programa interno de protección civil vigente y aplicado
10. Visto bueno de protección civil municipal o delegacional.

Si derivado de dichas supervisiones se acredita que EL PROVEEDOR no cumple con estas condiciones, se aplicaran las deductivas señaladas en la cláusula DÉCIMA SEGUNDA o en su caso se iniciara el proceso de rescisión del contrato que en su caso se suscriba.

1.2 PERSONAL.

- A. EL PROVEEDOR deberá presentar listado del personal médico que prestara el servicio de acuerdo a la partida que oferte; el que deberá ser médico especialista titulado con cedula profesional y cédula de especialidad.

NEUMOLOGIA.

Dra. Alma Olivia Vázquez García
Médico Especialista en Neumología

NEUROLOGIA

Dr. Daniel Nicolas Damian Dueñas
Médico Especialista en Neurología

Dra. Vilma Castillo Schwartz
Médico Especialista en Neurología

NEFROLOGIA

Dr. Héctor Martínez Suarez
Médico Especialista en Nefrología

MEDICINA INTERNA

Dr. José Mario Cáceres Caravantes
Médico Especialista en Medicina Interna y Geriátria.

REUMATOLOGIA

Dr. Ernesto Angeles Licona
Médico Especialista en Reumatología

GASTROENTEROLOGIA.

Dr. Guillermo Cabrera Álvarez
Médico Especialista en Medicina Interna y Subespecialidad en Gastroenterología,
Endoscopia y Postgrado en Hígado y Vías Biliares

- B. EL PROVEEDOR deberá presentar listado del personal auxiliar de enfermería, debiendo anexar título, cedula profesional; y/o constancia que avale que es auxiliar de enfermería por plantel educativo incorporado a la SEP, UAEM, UNAM o Politécnico, en caso de que oferte la consulta de la especialidad de Oftalmología.



PERSONAL DE ENFERMERIA.

1. Enf. Administradora Marcela Reyes Valencia (Perfil: Jefa de Enfermeras)
2. Lic . en Enf. Aurora Patricias Villalpa Ramos (Perfil: Supervisora)
3. Lic. en Enf. Quirúrgica. Ana Lía Rojas Mejía (Perfil: Jefa de Quirófano)
4. Lic. en Enf. Virginio Estrada Brito (Perfil: Enfermero General)
5. Enf. Administradora. Maria del Rocío Deloiza de la Rosa (Perfil: Supervisora Vespertina)
6. Enf. Patricia Cortes Lopez (Perfil: Enfermera Intensivista)
7. Enf. María del Pilar Rojas Cortes (Perfil: Enfermera Intensivista)

1.3 CALIDAD

EL PROVEEDOR deberá realizar los servicios convocados considerando lo siguiente:

- A. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.
- B. Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.
- C. Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

1.4 REGISTRO Y CONTROL DE PROCEDIMIENTOS.

- A. EL PROVEEDOR deberá proporcionar un registro semanal impreso y electrónico sobre, el número y tipo de consultas realizados de acuerdo a estas bases, indicando fecha de realización, unidad que refirió, nombre del paciente, costo unitario con iva, sin iva y total, número de afiliación, servicio solicitante del estudio y médico especialista solicitante el cual será entregado a la Subdirección Medica y /o Subdirección Administrativa de cada unidad.
- B. EL PROVEEDOR deberá requisitar el formato "Información para Pagina CPIM" (Anexo 1 B). El cual deberá ser enviado junto con la información mensual del registro impreso y electrónico sobre el número y tipo de Consultas realizados de acuerdo a estas bases, indicando fecha de realización, unidad que refirió, nombre del paciente, costo unitario con iva, sin iva y total, número de afiliación, servicio solicitante del estudio y médico especialista solicitante, a los correos electrónicos de jorge.aguirre@imss.gob.mx, oscar.jaimes@imss.gob.mx y gabina.cortes@imss.gob.mx dentro de los 3 días hábiles del mes inmediato siguiente.
- C. También deberá entregar relación mensual de su facturación, indicando si ya fueron cobradas, si están pendientes, si tienen contrarecibo (número y fecha), el motivo y lugar donde se encuentran detenidas, fecha del servicio otorgado en esa factura, número de factura y motivos por los cuales no se logrado el cobro.

1.5 CARTERA DE SERVICIOS DE ESPECIALIDADES: Consulta de especialidades con que cuenta cada Unidad Hospitalaria del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Delegación Morelos

Hospital General Regional con Medicina Familiar N°1 Cuernavaca:



1. Gastroenterología
2. Medicina Interna
3. Nefrología
4. Neumología
5. Neurología
6. Reumatología

3 ZONAS EN LAS QUE SE PRESTARA EL SERVICIO

No.	DELEGACIÓN UNIDAD	DOMICILIO	TELÉFONO	NOMBRE DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD
1	HGR/MF1	Ave. Plan de Ayala S/N Col. Chapultepec Cuernavaca Mor	01 777 315 58 73 01 777 315 50 00 Ext. 51300 y Ext. 51316	Dra. Laura Hidalgo Lara Director HGR con MF no 1 laura.hidalgo@imss.gob.mx Lic. Claudia Gutiérrez Vázquez Subdirector Administrativo claudia.gutierrez@imss.gob.mx

4 PAGOS

Para el trámite de facturación y pago al proveedor, deberá presentar la documentación que se enlista; solicitando su apego a lo ahí mencionado, con el fin de resolver dudas sobre el procedimiento de pago se podrá dirigir al responsable del área contable y administrativa de cada unidad.

Así mismo se solicita al licitante el cumplimiento estricto en la fechas de facturación (cada 15 días) evitando el diferimiento de la entrega de los documentos soportes.

El pago se efectuará en pesos mexicanos, dentro de los 20 días naturales posteriores a la entrega, de los siguientes documentos:

- Contrato y Copia de la Fianza (únicamente en la primera facturación).
- Original y copia de la factura debidamente autorizada por el Jefe de Prestaciones Médicas, el Director o subdirector Médico y Coordinador clínico responsable de la especialidad a subrogar de la Unidad Médica, misma que reúna los requisitos fiscales respectivos, en la que se indique detalle de los servicios prestados, número de proveedor, número de contrato, número de fianza y denominación social de la afianzadora, detalle de los servicios prestados, y sello presupuestal.
- Original de la solicitud de subrogación de servicios (4-30-2/03)

REQUISITOS DE LA SOLICITUD DE SUBROGACION DE SERVICIOS (4-30-2/03):

- Fecha de elaboración del formato.
- Número de Afiliación completo con agregados.
- Sello de Vigencia.
- Descripción del Diagnóstico.
- Especificación del tipo de consulta a realizar.
- Una vez prestado el servicio el proveedor debe requisitar el recuadro "Constancia de recepción del servicio".

ANEXOS A LA SOLICITUD DE SUBROGACION (4-30-2/03):



- Formato 4-30-8 Firmado por el médico tratante y Subdirector Médico, Sello de Vigencia y fecha de elaboración.
- Copia de la Tarjeta de Citas
- Copia de una identificación Oficial con firma de la persona que recibe el servicio o del responsable del paciente.

Esta documentación deberá ser entregada en Contabilidad y Trámite de Erogaciones Delegacional, de cada unidad en horario de 9:00 a 13:00 hrs. de lunes a viernes.

En caso de que presente su facturación con errores o deficiencias o conforme a lo previsto en el artículo 90 del Reglamento de la Ley, "EL INSTITUTO" dentro de los tres días hábiles siguientes a la recepción, le indicará por escrito a las deficiencias que se deberán corregir.

El pago de los servicios quedará condicionado proporcionalmente al pago que "EL PROVEEDOR" deba efectuar por concepto de penas convencionales por atraso.

Asimismo, "EL INSTITUTO" aceptará de "EL PROVEEDOR", que en el supuesto de que tenga cuentas liquidadas y exigibles a su cargo, aplicarlas contra los adeudos que, en su caso, tuviera por concepto de cuotas obrero patronales, conforme a lo previsto en el artículo 40 B, de la Ley del Seguro Social.

El pago se realizará a través de medios de comunicación electrónica con las instituciones bancarias siguientes: Banamex, S.A., BBVA,

Bancomer, S.A., Banorte, S.A. y Scotiabank Inverlat, S.A., para tal efecto deberá presentar en Contabilidad y Trámite de Erogaciones Delegacional, ubicado en Blvd. Benito Juárez No. 18 Col. Centro C.P. 62000, Cuernavaca, Morelos, petición escrita indicando: razón social, domicilio fiscal, número telefónico y fax, nombre completo del apoderado legal con facultades de cobro y su firma, número de cuenta de cheques (número de clave bancaria estandarizada), banco, sucursal y plaza, así como, número de proveedor asignado por el IMSS.

En caso de que el proveedor solicite el abono en una cuenta contratada en un banco diferente a los antes citados (interbancario), el IMSS realizará la instrucción de pago en la fecha de vencimiento del contra recibo y su aplicación se llevará a cabo al día hábil siguiente, de acuerdo con el mecanismo establecido por CECOBAN

Anexo a la solicitud de pago electrónico (intrabancario e interbancario) el proveedor deberá presentar original y copia de la cédula del Registro Federal de Contribuyentes, Poder Notarial e identificación oficial; los originales se solicitan únicamente para cotejar los datos y les serán devueltos en el mismo acto.



CATALOGO DE MEDICAMENTOS PARA CONSULTA DE ESPECIALIDADES

REUMATOLOGIA	
CLAVE	DESCRIPCION
2030	CLOROQUINA TABLETAS
2482	PREDNISONA SUSP
<u>3407</u>	<u>NAPROXENO</u>
3409	COLCJICINA TABLETAS
<u>3409</u>	<u>COLCHICINA</u>
3412	INDOMETACINA SUPOSITORIOS
3413	INDOMETACINA CAP
3415	PIROXICAM TABLETAS
3417	DICLOFENACO
3422	KETOROLACO AMPULAS
3432	DEXAMENTAZONA TAB
<u>3443</u>	<u>ORFENADRINA</u>
3451	ALOPURINOL TABLETAS
<u>3461</u>	<u>AZATIOPRINA</u>
4028	CLONIXINATO DE LISSINA
<u>4504</u>	<u>SULFASALAZINA</u>
<u>4508</u>	<u>INFLIXIMAB</u>
<u>5501</u>	<u>DICLOFENACO</u>
5503	<u>SULINDACO</u>
<u>5505</u>	<u>CELECOXIB</u>
GASTROENTEROLOGIA	
CLAVE	DESCRIPCION
CLAVE	DESCRIPCION
1206	BUTILHIOSCINA GRAGEAS
1207	BUTILHIOSCINA SOL INY
1221	ALUMINIO TABS
1222	ALUMINIO SUSP ORAL
1223	ALUMINIO Y MAGNESIO TABS
1224	ALUMISION Y MAGNESIO SUSPENSION
1233	RANITIIDNA TABS
<u>1234</u>	<u>RANITIDINA</u>
1241	METOCLOPRAMIDA SOL
1242	METOCLOPRAMIDA TABS
1243	METOCLOPRAMINA SOL ORAL
1244	MESALAZINA SUP RECTAL
1271	PLANTAGO PSYLLIUM
1272	SENOSIDOS AYB



1273	ACEITE DE RICINO
1275	MAGNESION SUSPENSION
1277	SODIO FOSFATO Y CITRATO
1278	GLICERINA SUPOSITORIOS
1308	METRONIDAZOL TABS
1309	METRONIDAZOL SUSP
1314	QUINFAMIDA TABS
1344	ALBENDAZOL TABS
1345	ALBENDAZOL SUSP ORAL
1363	LIDOCAINA CON HIDROCORTIZONA
1364	<u>LIDOCAINA CON HIDROCORTISONA</u>
4024	EZETIMIBA
4112	<u>COLESTIRAMINA</u>
4176	NEOMICINA TABS
4184	LOPERAMIDA
4185	<u>ACIDO URSODEOXICOLICO</u>
4186	<u>MESALAZINA</u>
4189	MESALAZINA SUP RECTAL
4190	PANCREATINA
4191	POLIETILGLICOL
5176	<u>SUCRALFATO</u>
5181	<u>OCTREOTIDA</u>
5186	<u>PANTOPRAZOL O RABEPRAZOL U OMEPRAZOL</u>
5187	<u>OMEPRAZOL O PANTOPRAZOL</u>
5191	<u>TERLIPRESINA</u>
5223	<u>PEGINTERFERON ALFA</u>
5224	<u>PEGINTERFERON ALFA</u>
NEUROLOGIA	
CLAVE	DESCRIPCION
525	<u>FENITOINA</u>
2601	<u>FENOBARBITAL</u>
2606	<u>PRIMIDONA</u>
2608	<u>CARBAMAZEPINA</u>
2609	<u>CARBAMAZEPINA</u>
2611	<u>FENITOINA</u>
2612	<u>CLONAZEPAM</u>
2613	<u>CLONAZEPAM</u>
2617	<u>LEVETIRACETAM</u>
2619	<u>FENOBARBITAL</u>
2622	<u>VALPROATO DE MAGNESIO</u>
2623	<u>VALPROATO DE MAGNESIO</u>



<u>2624</u>	<u>FENITOINA</u>
<u>2627</u>	<u>OXCARBAZEPINA</u>
<u>2628</u>	<u>OXCARBAZEPINA</u>
<u>2649</u>	<u>PRAMIPEXOL</u>
<u>2651</u>	<u>TRIHEXIFENIDILO</u>
<u>2652</u>	<u>BIPERIDENO</u>
<u>2653</u>	<u>BIPERIDENO</u>
<u>2654</u>	<u>LEVODOPA Y CARBIDOPA</u>
<u>2662</u>	<u>PIRIDOSTIGMINA</u>
<u>2673</u>	<u>ERGOTAMINA Y CAFEINA</u>
<u>3629</u>	<u>MAGNESIO SULFATO DE</u>
<u>4117</u>	<u>PENTOXIFILINA TABLETAS</u>
<u>4246</u>	<u>CLOPIDROGEL TABLETAS</u>
<u>4359</u>	<u>GABAPENTINA</u>
<u>5250</u>	<u>INTERFERON BETA 1b</u>
<u>5251</u>	<u>INTERFERON BETA 1a</u>
<u>5351</u>	<u>METILFENIDATO</u>
<u>5353</u>	<u>FLUNARIZINA</u>
<u>5354</u>	<u>NIMODIPINO</u>
<u>5355</u>	<u>VIGABATRINA</u>
<u>5356</u>	<u>LAMOTRIGINA</u>
<u>5359</u>	<u>VALPROATO DE MAGNESIO</u>
<u>5363</u>	<u>TOPIRAMATO</u>
<u>5488</u>	<u>VALPROATO SEMISODICO</u>
MEDICINA INTERNA	
CLAVE	DESCRIPCION
621	HEPARINA 1000 UNIDADES
622	HEPARINA 5000 UNIDADES
655	BEZAFIBRATO TABS
657	PRAVASTATINA TABS
1206	BUTILHIOSCINA GRAGEAS
1207	BUTILHIOSCINA SOL INY
1221	ALUMINIO TABS
1222	ALUMINIO SUSP ORAL
1223	ALUMINIO Y MAGNESIO TABS
1224	ALUMISION Y MAGNESIO SUSPENSION
1233	RANITIDNA TABS
<u>1234</u>	<u>RANITIDINA</u>
1241	METOCLOPRAMIDA SOL
1242	METOCLOPRAMIDA TABS
1243	METOCLOPRAMINA SOL ORAL



1244	MESALAZINA SUP RECTAL
1271	PLANTAGO PSYLLIUM
1272	SENOSIDOS AYB
1273	ACEITE DE RICINO
1275	MAGNESION SUSPENSION
1277	SODIO FOSFATO Y CITRATO
1278	GLICERINA SUPOSITORIOS
1308	METRONIDAZOL TABS
1309	METRONIDAZOL SUSP
1314	QUINFAMIDA TABS
1344	ALBENDAZOL TABS
1345	ALBENDAZOL SUSP ORAL
1363	LIDOCAINA CON HIDROCORTIZONA
1364	<u>LIDOCAINA CON HIDROCORTISONA</u>
1903	TRIMETROPINA CON SULFAMETOXAZOL TABS
1904	TRIMETROPINA CON SULFAMETOXAZOL
1921	BENCIL PENICILINA SODICA
1923	BENCILPENICILINA PROCAINICA
1924	BENCILPENICILINA PROCAINICA
1925	BENZATINICA/BENCILPENICILINA
1926	DICLOXACILINA CAPS
1927	DICLOXACILINA CAPS
1928	DICLOXACILINA POLVO SUSP
1929	AMPICILINA TABS O CAPS
1930	AMPICILINA POLVO SUSP
1931	AMPICILINA POLVO SUSP
1933	BENCILPENICILINA SODICA
1935	CEFOTAXIMA POLVO
1937	CEFTRIAZONA SOLUCION INYECTABLE
1940	DOXICICLINA CAPS
1956	AMIKACINA 500 MG
1957	AMIKACINA 100 MG
1971	ERITROMICINA CAPS
1972	ERITROMICINA
1981	TETRACICLINA
1991	CLONAFENICOL CAPS
2016	KETOCONAZOL TABS
4024	EZETIMIBA
4112	<u>COLESTIRAMINA</u>
4176	NEOMICINA TABS
4184	LOPERAMIDA



4185	<u>ACIDO URSODEOXICOLICO</u>
4186	<u>MESALAZINA</u>
4189	MESALAZINA SUP RECTAL
4190	PANCREATINA
4191	POLIETILGLICOL
4235	CICLOSPORINA SUS. ORAL
4240	CICLOSPORINA CAPSULAS 100 MG.
4294	CICLOSPORINA EMUSLISON
4298	CICLOSPORINA CAPS
4303	CICLOSPORINA CAPSULAS 250 MG.
4304	TOLTERODINA TABS
4911	NITROFURANTOINA
5084	TACROLIMUS TABLETAS
5087	SIROLIMUS TABLETAS
5176	<u>SUCRALFATO</u>
5181	<u>OCTREOTIDA</u>
5186	<u>PANTOPRAZOL O RABEPRAZOL U OMEPRAZOL</u>
5187	<u>OMEPRAZOL O PANTOPRAZOL</u>
5191	<u>TERLIPRESINA</u>
5223	<u>PEGINTERFERON ALFA</u>
5224	<u>PEGINTERFERON ALFA</u>
5306	ACIDO MICOFENOICO TABLETAS
NEFROLOGIA	
CLAVE	DESCRIPCION
621	HEPARINA 1000 UNIDADES
622	HEPARINA 5000 UNIDADES
655	BEZAFIBRATO TABS
657	PRAVASTATINA TABS
1903	TRIMETROPINA CON SULFAMETOXAZOL TABS
1904	TRIMETROPINA CON SULFAMETOXAZOL
1921	BENCIL PENICILINA SODICA
1923	BENCILPENICILINA PROCAINICA
1924	BENCILPENICILINA PROCAINICA
1925	BENZATINICA/BENCILPENICILINA
1926	DICLOXACILINA CAPS
1927	DICLOXACILINA CAPS
1928	DICLOXACILINA POLVO SUSP
1929	AMPICILINA TABS O CAPS
1930	AMPICILINA POLVO SUSP
1931	AMPICILINA POLVO SUSP
1933	BENCILPENICILINA SODICA



1935	CEFOTAXIMA POLVO
1937	CEFTRIAZONA SOLUCION INYECTABLE
1940	DOXICICLINA CAPS
1956	AMIKACINA 500 MG
1957	AMIKACINA 100 MG
1971	ERITROMICINA CAPS
1972	ERITROMICINA
1981	TETRACICLINA
1991	CLONAFENICOL CAPS
2016	KETOCONAZOL TABS
4235	CICLOSPORINA SUS. ORAL
4240	CICLOSPORINA CAPSULAS 100 MG.
4294	CICLOSPORINA EMUSLISON
4298	CICLOSPORINA CAPS
4303	CICLOSPORINA CAPSULAS 250 MG.
4304	TOLTERODINA TABS
4911	NITROFURANTOINA
5084	TACROLIMUS TABLETAS
5087	SIROLIMUS TABLETAS
5306	ACIDO MICOFENOICO TABLETAS

CARTERA DE SERVICIOS DEL HGR NO. 1,

CARTERA DE SERVICIOS DEL HGR CON MF NO 1 CUERNAVACA
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS.

Encargado: Dr. Sergio Adrián Cleto Gutiérrez. Coord. Servicios Auxiliares de Diagnóstico. Extensión: 3318
Correo electrónico: scletog@yahoo.com

Estudios a realizar por sección:

URGENCIAS:

Glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, bilirrubina total, bilirrubina directa, proteínas totales, albumina, T.G.P., T.G.O. fosfatasa alcalina, amilasa, D.H.L., C.K., C.K. frac MB, calcio, fósforo, sodio, potasio, magnesio, gasometrías, general de orina, biometría hemática, COOMBS directo, grupo sanguíneo y factor Rh, T.P. T.T.P., Fibrinógeno, citología de moco fecal, búsqueda de amiba en fresco, citoquímico de líquidos.

BACTERIOLOGIA.

Coprocultivo, urocultivo, exudado faringeo, antibiogramas, coagulasas, bioquímicas, cultivos micología, espermocultivos, V. cholerae, espermotobioscopias, exudado vaginal, cultivo vaginal, exudado uretral, cultivo uretral, cultivos varios, L.C.R., líquido peritoneal, líquidos varios, exudados faringeos (guardería), coprocultivo (guardería) BAAR, cultivo de secreción bronquial, coagulasas, bioquímicas, antibiogramas, cultivo de alimentos, superficies y medio ambiente de la unidad, hemocultivos. Coproparasitoscópicos, sangre oculta en heces, citología de moco fecal, coprológicos, amiba en fresco, BAAR en expectación, BAAR en líquidos.

URIANALISIS.



Examen general de orina, prueba inmunológica de embarazo, cuantificación de GCH, albúmina cualitativa y cuantitativa.

TAMIZ NEONATAL.

T.S.H. 17 OH, P.K.V. Biotinidasa.

HORMONAS, SEROLOGIA Y PERFIL TIROIDEO.

T3 total, T4 total, T4 libre, T.S.H., F.S.H., L.H., E.Z., P.R.L., P.S.A., F. beta, Toxoplasma IgG, Toxoplasma IgM, Rubeola IgG, Rubeola IgM, C.M.V. IgG, C.M.V. IgM, HIV, HbsAg., HVC.

HEMATOLOGIA.

Biometría hemática, sedimentación globular, reticulocitos, células L.E. líquido pleural, peritoneal y de ascitis, citología de moco nasal, plasmodium (gota gruesa)

INMUNOLOGIA.

Proteína C reactiva, Factor reumatoide, Antiestreptolisinas, V.D.R.L., complemento C3 y C4, Inmunoglobulinas IgA, IgG, IgM, anticuerpos antinucleares, anticuerpos anti DNA.

QUIMICA CLINICA.

Glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol total, colesterol de alta y baja densidad, triglicéridos, bilirrubina total, bilirrubina indirecta, proteínas totales, albúmina, T.G.O., T.G.P. Fosfatasa alcalina, amilasa, D.H.L., C.K., C.K. frac MB, calcio, fósforo y magnesio, cloro, potasio, sodio, curva de tolerancia a la glucosa, glucosa postprandial, depuración de creatinina.

COAGULACION.

T.P., T.T.P., fibrinogeno, grupo sanguíneo y factor Rh, COOMBS directo, COOMBS indirecto, trombo TEST.

Radiodiagnóstico

Estudios realizados en Radiodiagnóstico

Placas simples: Cabeza, cuello, hombro. Columna, cadera, huesos de mano, muñeca radio cubito y humero, fémur tibia y peroné, hueso de pie y tobillo

Estudios especiales Urografía,

Serie esófago gastroduodenal, colon por enema, hidromielografía, flebografía, tránsito intestinal fistulografía, uretrograma, histerograma, artrografía colangiografía, pielografía, sialografía

Servicio de ultrasonidos:

Transfontanelares

De parótidas

Cuello

Tiroides

Partes blandas

Mama

Hígado y vía biliar

Renal bilateral

Pélvico:

Pelvis femenina: útero y anexos

Pélvico endovaginal

Pelvis masculina: vejiga y próstata

Próstata transrectal

Inguinal



ANEXO 3 PROPUESTA ECONÓMICA

000 003



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION ESTATAL MORELOS
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
 COORDINACION DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO
 ADJUDICACION DIRECTA S18/AD/014/14, ART 41 FRACC VII
 CONSULTA SUBROGADA DE ESPECIALIDAD

ANEXO NUMERO 7 (SIETE)

PROPOSICIÓN ECONÓMICA

HGRMF1 Cuernavaca

PARTIDA	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD MAXIMA	CANTIDAD MINIMA	PRECIO UNITARIO	MONTO MAXIMO	MONTO MINIMO
2	Consulta Externa de especialidades (Oftalmología)					
	Consulta Externa de especialidades (neumología)	50	20	600.00	30,000.00	12,000.00
	Consulta Externa de especialidades (Neurología)	400	160	600.00	240,000.00	96,000.00
	Consulta Externa de especialidades (Nefrología)	100	40	600.00	60,000.00	24,000.00
	Consulta Externa de especialidades (medicina interna)	100	40	600.00	60,000.00	24,000.00
	Consulta Externa de especialidades (Reumatología)	100	40	600.00	60,000.00	24,000.00
	Consulta Externa de especialidades (Gastrología)	100	40	600.00	60,000.00	24,000.00
	SUBTOTAL				510,000.00	204,000.00
	I.V.A				81,600.00	32,640.00
	TOTAL				591,600.00	236,640.00


MONTO MINIMO SIN IVA.
 (DOSCIENTOS CUATRO MIL PESOS 00/100 M.N.)

MONTO MAXIMO SIN IVA.
 (QUINIENTOS DIEZ MIL PESOS 00/100 M.N.)

PRECIOS VIGENTES DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014.

CUERNAVACA MORELOS A 20 DE ENERO DEL 2014

ATENTAMENTE


 LIC. LAURA LETICIA PEREZ RIZO
 DIRECTORA GENERAL Y REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO NÚMERO 4
FORMATO PARA FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

(NOMBRE DE LA AFIANZADORA), EN EJERCICIO DE LA AUTORIZACIÓN QUE LE OTORGÓ EL GOBIERNO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 5° Y 6° DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS, SE CONSTITUYE FIADORA POR LA SUMA DE: **(ANOTAR EL IMPORTE QUE PROCEDA DEPENDIENDO DEL PORCENTAJE AL CONTRATO SIN INCLUIR EL IVA.)**-----

ANTE: EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, PARA GARANTIZAR POR (nombre o denominación social de la empresa), CON DOMICILIO EN (domicilio de la empresa), EL FIEL Y EXACTO CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO, DERIVADAS DEL CONTRATO DE (especificar que tipo de contrato, si es de adquisición, prestación de servicio, etc.) NÚMERO (número de contrato) DE FECHA (fecha de suscripción), QUE SE ADJUDICÓ A DICHA EMPRESA CON MOTIVO DEL (especificar el procedimiento de contratación que se llevó a cabo, licitación pública, invitación a cuando menos tres personas, adjudicación directa, y en su caso, el número de ésta), RELATIVO A (objeto del contrato); LA PRESENTE FIANZA, **TENDRÁ UNA VIGENCIA DE (se deberá insertar el lapso de vigencia que se haya establecido en el contrato)**, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO, ASÍ COMO DURANTE LA SUBSTANCIACIÓN DE TODOS LOS RECURSOS Y MEDIOS DE DEFENSA LEGALES QUE, EN SU CASO, SEAN INTERPUESTOS POR CUALQUIERA DE LAS PARTES Y HASTA QUE SE DICTE LA RESOLUCIÓN DEFINITIVA POR AUTORIDAD COMPETENTE; AFIANZADORA (especificar la institución afianzadora que expide la garantía), EXPRESAMENTE SE OBLIGA A PAGAR AL INSTITUTO LA CANTIDAD GARANTIZADA O LA PARTE PROPORCIONAL DE LA MISMA, POSTERIORMENTE A QUE SE LE HAYAN APLICADO AL (proveedor, prestador de servicio, etc.) LA TOTALIDAD DE LAS PENAS CONVENCIONALES ESTABLECIDAS EN LA CLÁUSULA (número de cláusula del contrato en que se estipulen las penas convencionales que en su caso deba pagar el fiado) DEL CONTRATO DE REFERENCIA, MISMAS QUE NO PODRÁN SER SUPERIORES A LA SUMA QUE SE AFIANZA Y/O POR CUALQUIER OTRO INCUMPLIMIENTO EN QUE INCURRA EL FIADO, ASÍ MISMO, LA PRESENTE GARANTÍA SOLO PODRÁ SER CANCELADA A SOLICITUD EXPRESA Y PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL; AFIANZADORA (especificar la institución afianzadora que expide la garantía), EXPRESAMENTE CONSIENTE: A) QUE LA PRESENTE FIANZA SE OTORGA DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO ARRIBA INDICADO; B) QUE EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL (proveedor, prestador de servicio, etc.), A CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO, EL INSTITUTO PODRÁ PRESENTAR RECLAMACIÓN DE LA MISMA DENTRO DEL PERIODO DE VIGENCIA ESTABLECIDO EN EL MISMO, E INCLUSO, DENTRO DEL PLAZO DE **DIEZ MESES**, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE EN QUE CONCLUYA LA VIGENCIA DEL CONTRATO, O BIEN, A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE EN QUE EL INSTITUTO NOTIFIQUE POR ESCRITO AL (proveedor, prestador de servicio, etc.), LA RESCISIÓN DEL INSTRUMENTO JURÍDICO; C) QUE PAGARÁ AL INSTITUTO LA CANTIDAD GARANTIZADA O LA PARTE PROPORCIONAL DE LA MISMA, POSTERIORMENTE A QUE SE LE HAYAN APLICADO AL (proveedor, prestador de servicio, etc.) LA TOTALIDAD DE LAS PENAS CONVENCIONALES ESTABLECIDAS EN LA CLÁUSULA (número de cláusula del contrato en que se estipulen las penas convencionales que en su caso deba pagar el fiado) DEL CONTRATO DE REFERENCIA, MISMAS QUE NO PODRÁN SER SUPERIORES A LA SUMA QUE SE AFIANZA Y/O POR CUALQUIER OTRO INCUMPLIMIENTO EN QUE INCURRA EL FIADO; D) QUE LA FIANZA SOLO PODRÁ SER CANCELADA A SOLICITUD EXPRESA Y PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL; E) QUE DA SU CONSENTIMIENTO AL INSTITUTO EN LO REFERENTE AL ARTÍCULO 119 DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE SE AFIANZAN; F) QUE SI ES PRORROGADO EL PLAZO ESTABLECIDO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, O EXISTA ESPERA, LA VIGENCIA DE ESTA FIANZA QUEDARÁ AUTOMÁTICAMENTE PRORROGADA EN CONCORDANCIA CON DICHA PRÓRROGA O ESPERA; G) QUE LA FIANZA CONTINUARÁ VIGENTE DURANTE LA SUBSTANCIACIÓN DE TODOS LOS RECURSOS Y MEDIOS DE DEFENSA LEGALES QUE, EN SU CASO, SEAN INTERPUESTOS POR CUALQUIERA DE LAS PARTES, HASTA QUE SE DICTE LA RESOLUCIÓN DEFINITIVA POR AUTORIDAD COMPETENTE, AFIANZADORA (especificar la institución afianzadora que expide la garantía), ADMITE EXPRESAMENTE SOMETERSE INDISTINTAMENTE, Y A ELECCIÓN DEL BENEFICIARIO, A CUALESQUIERA DE LOS PROCEDIMIENTOS LEGALES ESTABLECIDOS EN LOS ARTÍCULOS 93 Y/O 94 DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS EN VIGOR O, EN SU CASO, A TRAVÉS DEL PROCEDIMIENTO QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO 63 DE LA LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS VIGENTE. FIN DE TEXTO.



Anexo 5 (CINCO) "Consulta al SAT relativa al artículo 32-D"



FECHA: 17 de enero de 2014

Opinión del Cumplimiento de Obligaciones Fiscales

Folio: 14NA0141106
Clave de R.F.C.: HMO950626QK7
Nombre, Denominación o Razón social: HOSPITAL MORELOS SA DE CV

Estimado contribuyente:

Respuesta de opinión:
En atención a su consulta sobre el Cumplimiento de Obligaciones, se le informa lo siguiente:
En los controles electrónicos institucionales del Servicio de Administración Tributaria, se observa que en el momento en que se realiza esta revisión, se encuentra al corriente con las obligaciones relacionadas con la inscripción al Registro Federal de Contribuyentes, la presentación de declaraciones y no se registran créditos fiscales firmes a su cargo, por lo anterior se emite opinión Positiva.
La presente opinión se realiza únicamente verificando que se tengan presentadas las declaraciones, sin que sea una constancia del correcto entero de los impuestos declarados, para lo cual el SAT se reserva sus facultades de verificación previstas en el Código Fiscal de la Federación.
Revisión practicada el día 17 de enero de 2014, a las 09:21 horas

NOTAS:

1. La presente opinión se emite considerando lo establecido en los incisos a) y b), de la regla II.2.1.13, de la Resolución Miscelánea Fiscal para 2014
2. Tratándose de estímulos o subsidios, tiene una vigencia de 3 meses contada a partir del día siguiente en que se emite según lo establecido en la regla I.2.1.15, y 30 días naturales a partir de su emisión para trámites diferentes al señalado, de acuerdo a la regla II.2.1.13, de la Resolución Miscelánea Fiscal para 2014.
3. La opinión del cumplimiento, se genera atendiendo a la situación fiscal del contribuyente en los siguientes sentidos: POSITIVA.- Cuando el contribuyente está inscrito y al corriente en el cumplimiento de las obligaciones que se consideran en los incisos a) y b) de la regla II.2.1.13, de la Resolución Miscelánea Fiscal para 2014; NEGATIVA.- Cuando el contribuyente no esté al corriente en el cumplimiento de las obligaciones que se consideran en los incisos a) y b) de la regla antes citada; NO INSCRITO.- Cuando el contribuyente no se encuentra inscrito en el RFC; INSCRITO SIN OBLIGACIONES.- Cuando el contribuyente está inscrito en el RFC pero no tiene obligaciones fiscales.
4. La opinión que se genere indicando que es Inscrito SIN OBLIGACIONES fiscales, se considera Opinión Negativa para efectos de contratación de adquisiciones, arrendamientos, servicios u obra pública.
5. Para estímulos o subsidios, la opinión que se genere indicando que es Inscrito SIN OBLIGACIONES fiscales, se tomara como Positiva cuando el monto del subsidio no rebase de 40 salarios mínimos del área geográfica del contribuyente elevado al año, en caso contrario se considera como resultado Negativo.
6. La presente opinión se emite de conformidad con lo establecido en el artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación, regla II.2.1.13, de la Resolución Miscelánea Fiscal para 2014, no constituye respuesta favorable respecto a contribuyentes que se ubican en los supuestos de los artículos 69 y 69-B del Código Fiscal de la Federación.

Este servicio es gratuito, en el SAT nuestra misión es servirle.

Sus datos personales son incorporados y protegidos en los sistemas del SAT, de conformidad con los lineamientos de protección de Datos Personales y con las diversas disposiciones fiscales y legales sobre confidencialidad y protección de datos, a fin de ejercer las facultades conferidas a la autoridad fiscal

Si desea modificar o corregir sus datos personales, puede acudir a la Administración Local de Servicios al Contribuyente de su preferencia y/o a través de la dirección www.sat.gob.mx

Cadena Original:

||HMO950626QK7|14NA0141106|17-01-2014|P||000001000007000112188||

Sello Digital:

YjbsmaESrMvc0/9wN5MML7TJHGisYXQszZnhE8U8LL18T4LR/aRd400ZMOmqEE073fD+TE8NvjpwIY8ML6AT7XEX
e7YxDbhXboztSvd47iNJ/ZxgUsw2h19Fy8e60YFFIdm2T3WfJZCrAFx7qgABw3BnsVYJgvuPsRxpLMvs=

Hoja: 1 de 1



Datos de la Fianza
FOLIO 451099

Movimiento : POLIZA	R.F.C. Fiado : HMO950626QK7	Monto Afianzado del Movimiento	\$51,000.00
Fianza : 000294AN0014	Endoso : 000294AN	Prima :	\$1,200.00
Ramo : ADMINISTRATIVO		Gastos de Expedición y D.I.V. :	\$1,242.00
Subramo : PROVEEDURIA		Otros Gastos :	\$0.00
Obligación : CUMPLIMIENTO Y PENAS CONVENCIONALES		Gasto de Seguro :	\$0.00
Moneda : PESOS	Código Seguridad: 1/q300Lg	Gasto de Servicio de Ajuste :	\$0.00
Agente : 55394	C.C. : 2002010	Sub Total :	\$2,442.00
Nombre : ROQUE ALONSO P. Y ASOCIADOS, AGTE. DE SEG. Y FZAS		I.V.A. 16.00%	\$390.72
División : METROPOLITANA		Prima Total :	\$2,832.72
Monto Total de la Fianza:	\$51,000.00		

Fianzas Dorama, S.A. En ejercicio de la autorización que le fue concedida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, de conformidad con lo dispuesto a la ley Federal de Instituciones de Fianzas

FIANZAS DORAMA, S.A., EN EJERCICIO DE LA AUTORIZACIÓN QUE LE OTORGÓ EL GOBIERNO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 5° Y 6° DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS, SE CONSTITUYE FIADORA POR LA SUMA DE: \$ 51,000.00 (CINCUENTA Y UN MIL PESOS 00/100 M.N.) ANTE: EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, PARA GARANTIZAR POR HOSPITAL MORELOS, S.A. DE C.V. CON DOMICILIO EN: CALLE JAZMIN NO. 2 COL. CHAPULTEPEC, C.P.62450, CUERNAVACA, MORELOS, EL FIEL Y EXACTO CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO, DERIVADAS DEL CONTRATO ABIERTO DE SERVICIOS NÚMERO DE CONTRATO D4M0097 FECHA 12 DE FEBRERO DEL 2014. QUE SE ADJUDICÓ A DICHA EMPRESA CON MOTIVO DE LA ADJUDICACIÓN DIRECTA NÚMERO S18/AD/014/14, RELATIVO A SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS DE CONSULTA DE ESPECIALIDAD DE NEUROLOGIA; LA PRESENTE FIANZA, TENDRÁ UNA VIGENCIA DEL 11 DE FEBRERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014 CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO, ASÍ COMO DURANTE LA SUBSTANCIACIÓN DE TODOS LOS RECURSOS Y MEDIOS DE DEFENSA LEGALES QUE, EN SU CASO, SEAN INTERPUESTOS POR CUALQUIERA DE LAS PARTES Y HASTA QUE SE DICTE LA RESOLUCIÓN DEFINITIVA POR AUTORIDAD COMPETENTE; AFIANZADORA FIANZAS DORAMA S.A., EXPRESAMENTE SE OBLIGA A PAGAR AL INSTITUTO LA CANTIDAD GARANTIZADA O LA PARTE PROPORCIONAL DE LA MISMA, POSTERIORMENTE A QUE SE LE HAYAN APLICADO A HOSPITAL MORELOS, S.A. DE C.V., LA TOTALIDAD DE LAS PENAS CONVENCIONALES ESTABLECIDAS EN LA CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA DEL CONTRATO DE REFERENCIA, MISMAS QUE NO PODRÁN SER SUPERIORES A LA SUMA QUE SE AFIANZA Y/O POR CUALQUIER OTRO INCUMPLIMIENTO EN QUE INCURRA EL FIADO, ASÍ MISMO, LA PRESENTE GARANTÍA SOLO PODRÁ SER CANCELADA A SOLICITUD EXPRESA Y PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL; AFIANZADORA FIANZAS DORAMA S.A., EXPRESAMENTE CONSIENTE: A) QUE LA PRESENTE FIANZA SE OTORGA DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO ARRIBA INDICADO; B) QUE EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE HOSPITAL MORELOS, S.A. DE C.V., A CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO, EL INSTITUTO PODRÁ PRESENTAR RECLAMACIÓN DE LA MISMA DENTRO DEL PERIODO DE VIGENCIA ESTABLECIDO EN EL MISMO, E INCLUSO, DENTRO DEL PLAZO DE DIEZ MESES, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE EN QUE CONCLUYA LA VIGENCIA DEL CONTRATO, O BIEN, A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE EN QUE EL INSTITUTO NOTIFIQUE POR ESCRITO A HOSPITAL MORELOS, S.A. DE C.V., LA RESCISIÓN DEL INSTRUMENTO JURÍDICO; C) QUE PAGARÁ AL INSTITUTO LA CANTIDAD GARANTIZADA O LA PARTE PROPORCIONAL DE LA MISMA, POSTERIORMENTE A QUE SE LE HAYAN APLICADO A HOSPITAL MORELOS, S.A. DE C.V. LA TOTALIDAD DE LAS PENAS CONVENCIONALES ESTABLECIDAS EN LA CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA DEL CONTRATO DE REFERENCIA, MISMAS QUE NO PODRÁN SER SUPERIORES A

Esta Fianza sólo es válida hasta por la cantidad de: \$51,000.00 (CINCUENTA Y UN MIL PESOS 00/100 M.N.)

mG1o9WN3ZSEfE808ipYyEa7XQv4-e7KaC66qj13MhYxcp6-9ydlPEULRD7r85gV09y4Heg1oJ0U1hcsPb1D7iq1T Hg1oHk0r+QjPVEGd81Epp1Y7zKxXAP06hgzzi4vOuvV7Rok7TowstWSh0x2jox5eZg9+r8=


CHANTAL BRETON ORIBE
JEFE DE OFICINA
CUERNAVACA, MORELOS, A 12 DE FEBRERO DE 2014

La presente póliza únicamente será válida si contiene la firma del responsable de su expedición.

Condiciones Generales adjuntas o en www.fianzasdorama.com.mx

Esta Fianza es nula y sin ningún valor si se expide:

- Como complementaria de otra(s) que ampare(n) la misma obligación.
- Por la cantidad mayor indicada al margen con la máquina protectora.
- Si ampara obligaciones en moneda extranjera, de conformidad con la Ley Monetaria.

Fianzas Dorama, S.A.
Blvd. Adolfo López Mateos No. 2259 PB
Col. Atlamaya C.P. 01760
México, D.F.
Tel. 5487 6100 • 01 800 DORAMA 1 (367262-1)
R.F.C. FDO9411098R8

Para validar su fianza ingrese a www.fianzasdorama.com.mx con LÍNEA DE VALIDACIÓN: 1800 0294 AN00 1445 1099

Datos de la Fianza

FOLIO 451099

Movimiento : POLIZA	R.F.C. Fiado : HMO950626QK7	Monto Afianzado del Movimiento	\$51,000.00
Fianza : 000294AN0014	Endoso : 000294AN	Prima :	\$1,200.00
Ramo : ADMINISTRATIVO		Gastos de Expedición y D.I.V. :	\$1,242.00
Subramo : PROVEEDURIA		Otros Gastos :	\$0.00
Obligación : CUMPLIMIENTO Y PENAS CONVENCIONALES		Gasto de Seguro :	\$0.00
Moneda : PESOS	Código Seguridad: 1/q3OOLg	Gasto de Servicio de Ajuste :	\$0.00
Agente : 55394	C.C. : 2002010	Sub Total :	\$2,442.00
Nombre : ROQUE ALONSO P. Y ASOCIADOS, AGTE. DE SEG. Y FZAS		I.V.A. 16.00%	\$390.72
División : METROPOLITANA		Prima Total :	\$2,832.72
Monto Total de la Fianza:	\$51,000.00		

Fianzas Dorama, S.A. En ejercicio de la autorización que le fue concedida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, de conformidad con lo dispuesto a la ley Federal de Instituciones de Fianzas

LA SUMA QUE SE AFIANZA Y/O POR CUALQUIER OTRO INCUMPLIMIENTO EN QUE INCURRA EL FIADO; D) QUE LA FIANZA SOLO PODRÁ SER CANCELADA A SOLICITUD EXPRESA Y PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL; E) QUE DA SU CONSENTIMIENTO AL INSTITUTO EN LO REFERENTE AL ARTÍCULO 119 DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE SE AFIANZAN; F) QUE SI ES PRORROGADO EL PLAZO ESTABLECIDO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, O EXISTA ESPERA, LA VIGENCIA DE ESTA FIANZA QUEDARÁ AUTOMÁTICAMENTE PRORROGADA EN CONCORDANCIA CON DICHA PRÓRROGA O ESPERA; G) QUE LA FIANZA CONTINUARÁ VIGENTE DURANTE LA SUBSTANCIACIÓN DE TODOS LOS RECURSOS Y MEDIOS DE DEFENSA LEGALES QUE, EN SU CASO, SEAN INTERPUESTOS POR CUALQUIERA DE LAS PARTES, HASTA QUE SE DICTE LA RESOLUCIÓN DEFINITIVA POR AUTORIDAD COMPETENTE, AFIANZADORA FIANZAS DORAMA, S.A. ADMITE EXPRESAMENTE SOMETERSE INDISTINTAMENTE, Y A ELECCIÓN DEL BENEFICIARIO, A CUALESQUIERA DE LOS PROCEDIMIENTOS LEGALES ESTABLECIDOS EN LOS ARTÍCULOS 93 Y/O 94 DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS EN VIGOR O, EN SU CASO, A TRAVÉS DEL PROCEDIMIENTO QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO 63 DE LA LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS VIGENTE.*** FIN DE TEXTO ***

Esta Fianza sólo es válida hasta por la cantidad de: \$51,000.00 (**CINCUENTA Y UN MIL PESOS 000100 MN***)

mG81o9WN3ZSEfE808qYyca7XQ4+e7kAC66q313MAxcp6+9vdlPELU RD7r85sg09ydhqgl0j0U1hc9P6lDD7lq01T Hzg1oIKo++QPYVEG6G81Epp4Y72kxKdP08lhz4vQAMVIRJok7fowstW5h0X2jox5e2g9+fd8=



CHANTAL BRETON ORIBE
JEFE DE OFICINA

CUERNAVACA, MORELOS, A 12 DE FEBRERO DE 2014

La presente póliza únicamente será válida si contiene la firma del responsable de su expedición. Condiciones Generales adjuntas o en www.fianzasdorama.com.mx

Esta Fianza es nula y sin ningún valor si se expide:

- A) Como complementaria de otra(s) que ampare(n) la misma obligación.
- B) Por la cantidad mayor indicada al margen con la máquina protectora.
- C) Si ampara obligaciones en moneda extranjera, de conformidad con la Ley Monetaria.

Fianzas Dorama, S.A.
Blvd. Adolfo López Mateos No. 2259 PB
Col. Atlamaya C.P. 01760
México, D.F.
Tel. 5487 6100 • 01 800 DORAMA 1 (367262-1)
R.F.C. FDO9411098R8

Para validar su fianza ingrese a www.fianzasdorama.com.mx con **LÍNEA DE VALIDACIÓN: 1800 0294 AN00 1445 1099**

FECHA: 27 de marzo de 2014

Opinión del Cumplimiento de Obligaciones Fiscales

Folio: 14NA1445033
Clave de R.F.C.: HMO950626QK7
Nombre, Denominación o Razón social: HOSPITAL MORELOS SA DE CV

Estimado contribuyente:

Respuesta de opinión:

En atención a su consulta sobre el Cumplimiento de Obligaciones, se le informa lo siguiente:

En los controles electrónicos institucionales del Servicio de Administración Tributaria, se observa que en el momento en que se realiza esta revisión, se encuentra al corriente con las obligaciones relacionadas con la inscripción al Registro Federal de Contribuyentes, la presentación de declaraciones y no se registran créditos fiscales firmes a su cargo, por lo anterior se emite opinión Positiva.

La presente opinión se realiza únicamente verificando que se tengan presentadas las declaraciones, sin que sea una constancia del correcto entero de los impuestos declarados, para lo cual el SAT se reserva sus facultades de verificación previstas en el Código Fiscal de la Federación.

Revisión practicada el día **27** de **marzo** de **2014**, a las **09:43** horas

NOTAS:

1. La presente opinión se emite considerando lo establecido en los incisos a) y b), de la regla II.2.1.13. de la Resolución Miscelánea Fiscal para 2014
2. Tratándose de estímulos o subsidios, tiene una vigencia de 3 meses contada a partir del día siguiente en que se emite según lo establecido en la regla I.2.1.15. y 30 días naturales a partir de su emisión para trámites diferentes al señalado, de acuerdo a la regla II.2.1.13. de la Resolución Miscelánea Fiscal para 2014.
3. La opinión del cumplimiento, se genera atendiendo a la situación fiscal del contribuyente en los siguientes sentidos: POSITIVA.- Cuando el contribuyente está inscrito y al corriente en el cumplimiento de las obligaciones que se consideran en los incisos a) y b) de la regla II.2.1.13. de la Resolución Miscelánea Fiscal para 2014; NEGATIVA.- Cuando el contribuyente no esté al corriente en el cumplimiento de las obligaciones que se consideran en los incisos a) y b) de la regla antes citada; NO INSCRITO.- Cuando el contribuyente no se encuentra inscrito en el RFC; INSCRITO SIN OBLIGACIONES.- Cuando el contribuyente está inscrito en el RFC pero no tiene obligaciones fiscales.
4. La opinión que se genere indicando que es inscrito SIN OBLIGACIONES fiscales, se considera Opinión Negativa para efectos de contratación de adquisiciones, arrendamientos, servicios u obra pública.
5. Para estímulos o subsidios, la opinión que se genere indicando que es Inscrito SIN OBLIGACIONES fiscales, se tomara como Positiva cuando el monto del subsidio no rebase de 40 salarios mínimos del área geográfica del contribuyente elevado al año, en caso contrario se considera como resultado Negativo.
6. La presente opinión se emite de conformidad con lo establecido en el artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación, regla II.2.1.13. de la Resolución Miscelánea Fiscal para 2014, no constituye respuesta favorable respecto a contribuyentes que se ubican en los supuestos de los artículos 69 y 69-B del Código Fiscal de la Federación.

Este servicio es gratuito, en el SAT nuestra misión es servirle.

Sus datos personales son incorporados y protegidos en los sistemas del SAT, de conformidad con los lineamientos de protección de Datos Personales y con las diversas disposiciones fiscales y legales sobre confidencialidad y protección de datos, a fin de ejercer las facultades conferidas a la autoridad fiscal

Si desea modificar o corregir sus datos personales, puede acudir a la Administración Local de Servicios al Contribuyente de su preferencia y/o a través de la dirección www.sat.gob.mx

Cadena Original:

||HMO950626QK7|14NA1445033|27-03-2014|P||000001000007000112188||

Sello Digital:

t+c+xRwfjAWDbbn87MXeqEI7Hff27Ps2xmammxqyqFFMmX+d92/dq7qRlv05UTDrHTm0kEpjEvcUv/4oevG0Rhr4w
3KLhUD8NCHSF9UXyLGHJucBBjtKw+75ZpPuz0gShIdst7VicHoJ+juSWUQAyyBaMrky3FYSJzv1F5SDDI=





reinventando / los seguros

CARATULA DE POLIZA

Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Original, hoja 1 de 3

Datos de la Póliza

Póliza No. RNA423470100
Cotización : CRQ16270
Anterior : RNA423470001

Fecha de Emisión 1/ABR/2014
Desde 20/MAR/2014
Ramo 30
SubRamo 60
Expediente 0200028464
Vigencia a las 12 Hrs.
Hasta 20/MAR/2015

Datos Generales del Asegurado

Nombre : HOSPITAL MORELOS SA DE CV RFC:HMO950626QK7
Domicilio : JAZMIN N0 2 COL CHAPULTEPEC
CUERNAVACA, MORELOS C.P.:62450 Tel.:

Datos Adicionales

Moneda NACIONAL
Forma de Pago SEMESTRAL
Nombre del Agente ANA MA. MARCELA ALONSO URIARTE
Número de Agente 050126
Centro de Utilidad 067923
Solicitud Agente rick
Orden de Trabajo 45411390 LOH 0360
Tipo de Póliza NG0

Prima

Suma Asegurada (Según Especificación)
Prima Neta 52,751.64
Tasa de Financiamiento 2,637.58 5.00%
Gastos Por Expedición 1,050.00
I.V.A. 9,030.28 16%
Prima Total \$65,469.50

AXA SEGUROS, S.A. de C.V. Denominada en lo sucesivo la Compañía, de acuerdo con las Condiciones Generales y Especiales de esta Póliza, teniendo prelación las últimas sobre las primeras, asegura a favor de la persona arriba citada denominada en lo sucesivo el Asegurado, contra pérdidas o daños causados

Con motivo de las prestaciones por responsabilidad civil cubiertas conforme a los términos establecidos en las condiciones antes citadas

SEGUN ESPECIFICACION ADJUNTA

Las Condiciones Particulares, Coberturas, Sublímites y los Deducibles considerados como contratados son los que se indican en la cédula/especificación adjunta.

En testimonio de lo cual la compañía firma la presente póliza en la ciudad de:

MEXICO, D.F. a 1 de ABRIL de 2014
Forma DV-146-2 Condiciones Generales Póliza de Seguro Responsabilidad Civil General Enero 2007

AXA Seguros, S.A. de C.V.
Xola 535, Piso 27, Col. Del Valle, 03100
México, D.F. Tels. 51 69 10 00 y 01 800 900 1AXA

División Central
www.axa.com.mx

Apoderado

DASIB017

0A-072



Datos de la Póliza

Póliza No. : RNA423470100

Ubicación	Contratante	Moneda	Desde	Vigencia	Hasta
		NACIONAL	20/MAR/2014	a las 12 Hrs.	20/MAR/2015

Datos Generales del Asegurado

Nombre : HOSPITAL MORELOS SA DE CV RFC:HMO950626QK7

Domicilio : JAZMIN N0 2 COL CHAPULTEPEC
CUERNAVACA, MORELOS C.P.:62450 Tel.:

Cláusulas Especiales

No obstante lo establecido en las Condiciones Generales o Particulares de esta Póliza, el riesgo de Terrorismo queda excluido en los siguientes términos:

CLÁUSULA DE TERRORISMO

Definición de Terrorismo

Por Terrorismo se entenderá, para efectos de esta Póliza:

Los actos de una persona o personas que por sí mismas, o en representación de alguien o en conexión con cualquier organización o gobierno, realicen actividades por la fuerza, violencia o por la utilización de cualquier otro medio con fines políticos, religiosos, ideológicos, étnicos o de cualquier otra naturaleza, destinados a derrocar, influenciar o presionar al gobierno de hecho o de derecho para que tome una determinación, o alterar y/o influenciary/o producir alarma, temor, terror o zozobra en la población, en un grupo o sección de ella o de algún sector de la economía.

Endoso de Exclusión de Terrorismo

Con base en lo anterior, quedan excluidas las pérdidas o daños materiales por dichos actos directos e indirectos que, con un origen mediato o inmediato, sean el resultante del empleo de explosivos, sustancias tóxicas, armas de fuego, o por cualquier otro medio, en contra de las personas, de las cosas o de los servicios públicos y que, ante la amenaza o posibilidad de repetirse, produzcan alarma, temor, terror o zozobra en la población o en un grupo o sector de ella. También excluye las pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causados por, o resultantes de, o en conexión con cualquier acción tomada para el control, prevención o supresión de cualquier acto de Terrorismo.

Autorización C.N.S.F. CGEN - S0048-0137-2005 del 16 de febrero de 2006.



reinventando / los seguros

CLAUSULAS ESPECIALES

Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Original, hoja 3 de 3

Datos de la Póliza

Póliza No. : RNA423470100

Ubicación	Contratante	Moneda	Desde	Vigencia	Hasta
		NACIONAL	20/MAR/2014	a las 12 Hrs.	20/MAR/2015

Datos Generales del Asegurado

Nombre : HOSPITAL MORELOS SA DE CV RFC:HMO950626QK7

Domicilio : JAZMIN N0 2 COL CHAPULTEPEC
CUERNAVACA, MORELOS C.P.:62450 Tel.:

Cláusulas Especiales

CLÁUSULA DE REVELACIÓN DE COMISIONES

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Se debe entender como contratante del seguro a aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CGEN-S0048-0291-2005 de fecha 05 de enero de 2006.





OPCIONES DE FORMAS DE PAGO DE PRIMAS

Usted cuenta con una gama de alternativas electrónicas para que el pago de su prima de seguro sea oportuno, seguro y cómodo. ¡Conózcalas!

Forma de Pago	Qué hacer	Beneficios
<p>* Cargo a Cuenta de Cheques.</p> <p>* Cargo a Tarjeta de Débito.</p>	<p>* Solicite a su agente requisitar la Carta de Autorización para cargo automático.</p> <p>* Anote su cuenta CLABE, puede obtenerla en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portales bancarios - Ejecutivos bancarios - Estados de cuenta bancarios 	<p>Con Domiciliación de Pagos, usted podrá realizar su pago con cargo automático a su cuenta de cheques o tarjeta de débito en pesos de cualquier Banco, ubicado en territorio nacional.</p>
<p>* Pago en Sucursales Bancarias.</p>	<p>* Asista, con su Liquidación de Primas, a cualquier sucursal bancaria de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BBVA Bancomer - HSBC - Banamex - Scotiabank Inverlat - Santander Serfin - Banorte <p>* Pague con la misma moneda que contrató su seguro, antes de la fecha de vencimiento.</p> <p>* Si paga con cheque, anote el importe exacto.</p>	<p>Con Pago Referenciado, usted tiene cerca de 6,000 cajas de instituciones bancarias a su servicio para pagar en efectivo o cuenta de cheques.</p> <p><i>Siempre hay una cerca de su hogar</i></p>
<p>* Cargo a Tarjeta de Crédito.</p>	<p>* Solicite a su agente requisitar la Carta de Autorización para cargo automático en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visa o MasterCard. - American Express 	<p>Con Cargo Automático, usted podrá realizar su pago, a través de su tarjeta de crédito.</p>
<p>* Internet.</p>	<p>* Solicite en su banco el servicio de internet.</p> <p>* Acceda a la página</p> <p style="text-align: center;">www.axa.com.mx</p> <p>y siga la ruta indicada.</p>	<p>En Internet, usted podrá realizar su pago, desde la comodidad de su hogar, con cargo a su cuenta de cheques o tarjeta de débito.</p>

Servicio de Vanguardía ...

Todas las formas de pago están desarrolladas en sistemas electrónicos con altos niveles de seguridad, ofreciéndole comodidad en cualquier opción que elija para realizar sus pagos.

El pago electrónico es oportuno y actualiza los registros de vigencia de cobertura de las pólizas contratadas.

Recibe un comprobante inmediatamente, mismo que respalda la realización del pago de su póliza.

La información de esta página sólo muestra las alternativas de pago con que cuenta la Aseguradora con un carácter enunciativo para explicación del cliente, quedando claro que no forma parte del cuerpo de la póliza ni de las condiciones generales de las coberturas contratadas.



reinventando / los seguros

RECIBO PROVISIONAL DE PAGO DE PRIMAS

Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales
Original

Moneda: NACIONAL

Datos del Asegurado

Nombre : HOSPITAL MORELOS SA DE CV

Domicilio : JAZMIN N0 2 COL CHAPULTEPEC
CUERNAVACA, MORELOS C.P.:62450

R.F.C.: HMO950626QK7
Teléfono:

Datos de la Póliza

Número: RNA423470100
Forma de Pago: SEMESTRAL

Vigencia a las 12 Hrs. del :20/MAR/2014 al: 20/MAR/2015
Fecha de Expedición de la liquidación: 1/ABR/2014

Datos del Agente

Agente: 50126 ANA MA. MARCELA ALONSO URIARTE Centro de Contribución: 67923/232832

Datos de la Liquidación

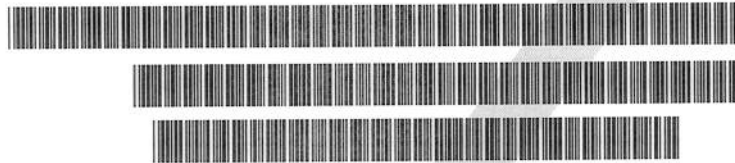
Folio Fiscal : 901400154908
Folio : RNA423470100RNA4234700010201
Período Cubierto: 20 de Marzo de 2014 al 20 de Septiembre de 2014
Serie de la Liquidación:01-02

Prima Neta: 26,375.82
Tasa de Financiamiento 1,318.79 5.00%
Gastos por Expedición: 1,050.00

(Treinta y tres mil trescientos cuarenta y tres pesos 75/100 M.N.)

I.V.A.: 4,599.14 16%

Total a Pagar: \$33,343.75



Para que este documento haga prueba de su pago, deberá estar sellado por el Banco y/o firma del Agente.

Formato de Pago

Banco	Convenio	Linea de Captura Bancos	Referencia	Concepto
Banamex	B:125402	0171 2990 1400 1549 0897 9902 35	\$33,343.75	
BBVA Bancomer	CIE 916757	9014 0015 4908 9799 0237	\$33,343.75	
HSBC	RAP 1420	9014 0015 4908 9799 0237	\$33,343.75	
ScotiaBank Inverlat	3545	9014 0015 4908 9799 0237	\$33,343.75	
Santander	02364	9014 0015 4908 9799 0237	\$33,343.75	
Banorte	EMP:68526	9014 0015 4908 9799 0237	\$33,343.75	

Sello y/o firma del Agente

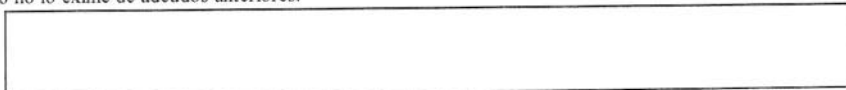
-Si efectúa su pago con cheque, deberá ser exclusivamente para abono en cuenta y a favor de "AXA Seguros, S.A. de C.V."

Detalle de Documentos

Mismo banco		Otros bancos	
No. de cheque	Importe	No. de cheque	Importe
Mismo banco			
Efectivo			
Total		Total	

-El pago con cheque de otros bancos, se recibirá salvo buen cobro.
-El presente pago no lo exime de adeudos anteriores.

Cantidad a pagar \$33,343.75



-Este recibo es una referencia de pago, por lo que carece de efectos fiscales.
-El comprobante fiscal deberá solicitarlo a su agente.



reinventando / los seguros

CARATULA DE POLIZA

Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Original, hoja 1 de 3

Datos de la Póliza

Póliza No. RNA423470100
Cotización : CRQ16270
Anterior : RNA423470001

Fecha de Emisión 1/ABR/2014
Desde 20/MAR/2014
Ramo 30
SubRamo 60
Expediente 0200028464
Vigencia a las 12 Hrs.
Hasta 20/MAR/2015

Datos Generales del Asegurado

Nombre : HOSPITAL MORELOS SA DE CV RFC:HMO950626QK7
Domicilio : JAZMIN N0 2 COL CHAPULTEPEC
CUERNAVACA, MORELOS C.P.:62450 Tel.:

Datos Adicionales

Moneda NACIONAL
Forma de Pago SEMESTRAL
Nombre del Agente ANA MA. MARCELA ALONSO URIARTE
Número de Agente 050126
Centro de Utilidad 067923
Solicitud Agente rick
Orden de Trabajo 45411390 LOH 0360
Tipo de Póliza NG0

Prima

Suma Asegurada (Según Especificación)
Prima Neta 52,751.64
Tasa de Financiamiento 2,637.58 5.00%
Gastos Por Expedición 1,050.00
I.V.A. 9,030.28 16%
Prima Total \$65,469.50

AXA SEGUROS, S.A. de C.V. Denominada en lo sucesivo la Compañía, de acuerdo con las Condiciones Generales y Especiales de esta Póliza, teniendo prelación las últimas sobre las primeras, asegura a favor de la persona arriba citada denominada en lo sucesivo el Asegurado, contra pérdidas o daños causados

Con motivo de las prestaciones por responsabilidad civil cubiertas conforme a los términos establecidos en las condiciones antes citadas

SEGUN ESPECIFICACION ADJUNTA

Las Condiciones Particulares, Coberturas, Sublímites y los Deducibles considerados como contratados son los que se indican en la cédula/especificación adjunta.

En testimonio de lo cual la compañía firma la presente póliza en la ciudad de:

MEXICO, D.F. a 1 de ABRIL de 2014
Forma DV-146-2 Condiciones Generales Póliza de Seguro Responsabilidad Civil General Enero 2007

AXA Seguros, S.A. de C.V.
Xola 535, Piso 27, Col. Del Valle, 03100
México, D.F. Tels. 51 69 10 00 y 01 800 900 1AXA

División Central
www.axa.com.mx

Apoderado

DASID017

6A-072



reinventando / los seguros

CLAUSULAS ESPECIALES

Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Original, hoja 2 de 3

Datos de la Póliza

Póliza No. : RNA423470100

Ubicación	Contratante	Moneda	Desde	Vigencia	Hasta
		NACIONAL	20/MAR/2014	a las 12 Hrs.	20/MAR/2015

Datos Generales del Asegurado

Nombre : HOSPITAL MORELOS SA DE CV RFC:HMO950626QK7

Domicilio : JAZMIN N0 2 COL CHAPULTEPEC
CUERNAVACA, MORELOS C.P.:62450 Tel.:

Cláusulas Especiales

No obstante lo establecido en las Condiciones Generales o Particulares de esta Póliza, el riesgo de Terrorismo queda excluido en los siguientes términos:

CLÁUSULA DE TERRORISMO

Definición de Terrorismo

Por Terrorismo se entenderá, para efectos de esta Póliza:

Los actos de una persona o personas que por sí mismas, o en representación de alguien o en conexión con cualquier organización o gobierno, realicen actividades por la fuerza, violencia o por la utilización de cualquier otro medio con fines políticos, religiosos, ideológicos, étnicos o de cualquier otra naturaleza, destinados a derrocar, influenciar o presionar al gobierno de hecho o de derecho para que tome una determinación, o alterar y/o influenciary/o producir alarma, temor, terror o zozobra en la población, en un grupo o sección de ella o de algún sector de la economía.

Endoso de Exclusión de Terrorismo

Con base en lo anterior, quedan excluidas las pérdidas o daños materiales por dichos actos directos e indirectos que, con un origen mediato o inmediato, sean el resultante del empleo de explosivos, sustancias tóxicas, armas de fuego, o por cualquier otro medio, en contra de las personas, de las cosas o de los servicios públicos y que, ante la amenaza o posibilidad de repetirse, produzcan alarma, temor, terror o zozobra en la población o en un grupo o sector de ella. También excluye las pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causados por, o resultantes de, o en conexión con cualquier acción tomada para el control, prevención o supresión de cualquier acto de Terrorismo.

Autorización C.N.S.F. CGEN - S0048-0137-2005 del 16 de febrero de 2006.



reinventando / los seguros

CLAUSULAS ESPECIALES

Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Original, hoja 3 de 3

Datos de la Póliza

Póliza No. : RNA423470100

Ubicación	Contratante	Moneda	Desde	Vigencia	Hasta
		NACIONAL	20/MAR/2014	a las 12 Hrs.	20/MAR/2015

Datos Generales del Asegurado

Nombre : HOSPITAL MORELOS SA DE CV RFC:HMO950626QK7

Domicilio : JAZMIN N0 2 COL CHAPULTEPEC
CUERNAVACA, MORELOS C.P.:62450 Tel.:

Cláusulas Especiales

CLÁUSULA DE REVELACIÓN DE COMISIONES

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Se debe entender como contratante del seguro a aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CGEN-S0048-0291-2005 de fecha 05 de enero de 2006.





OPCIONES DE FORMAS DE PAGO DE PRIMAS

Usted cuenta con una gama de alternativas electrónicas para que el pago de su prima de seguro sea oportuno, seguro y cómodo.
¡Conózcalas!

Forma de Pago	Qué hacer	Beneficios
<p>* Cargo a Cuenta de Cheques.</p> <p>* Cargo a Tarjeta de Débito.</p>	<p>* Solicite a su agente requisitar la Carta de Autorización para cargo automático.</p> <p>* Anote su cuenta CLABE, puede obtenerla en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portales bancarios - Ejecutivos bancarios - Estados de cuenta bancarios 	<p>Con Domiciliación de Pagos, usted podrá realizar su pago con cargo automático a su cuenta de cheques o tarjeta de débito en pesos de cualquier Banco, ubicado en territorio nacional.</p>
<p>* Pago en Sucursales Bancarias.</p>	<p>* Asista, con su Liquidación de Primas, a cualquier sucursal bancaria de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BBVA Bancomer - HSBC - Banamex - Scotiabank Inverlat - Santander Serfin - Banorte <p>* Pague con la misma moneda que contrató su seguro, antes de la fecha de vencimiento.</p> <p>* Si paga con cheque, anote el importe exacto.</p>	<p>Con Pago Referenciado, usted tiene cerca de 6,000 cajas de instituciones bancarias a su servicio para pagar en efectivo o cuenta de cheques.</p> <p><i>Siempre hay una cerca de su hogar</i></p>
<p>* Cargo a Tarjeta de Crédito.</p>	<p>* Solicite a su agente requisitar la Carta de Autorización para cargo automático en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visa o MasterCard. - American Express 	<p>Con Cargo Automático, usted podrá realizar su pago, a través de su tarjeta de crédito.</p>
<p>* Internet.</p>	<p>* Solicite en su banco el servicio de internet.</p> <p>* Acceda a la página</p> <p style="text-align: center;">www.axa.com.mx</p> <p>y siga la ruta indicada.</p>	<p>En Internet, usted podrá realizar su pago, desde la comodidad de su hogar, con cargo a su cuenta de cheques o tarjeta de débito.</p>

Servicio de Vanguardia ...

Todas las formas de pago están desarrolladas en sistemas electrónicos con altos niveles de seguridad, ofreciéndole comodidad en cualquier opción que elija para realizar sus pagos.

El pago electrónico es oportuno y actualiza los registros de vigencia de cobertura de las pólizas contratadas.

Recibe un comprobante inmediatamente, mismo que respalda la realización del pago de su póliza.

La información de esta página sólo muestra las alternativas de pago con que cuenta la Aseguradora con un carácter enunciativo para explicación del cliente, quedando claro que no forma parte del cuerpo de la póliza ni de las condiciones generales de las coberturas contratadas.



reinventando / los seguros

RECIBO PROVISIONAL DE PAGO DE PRIMAS

Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales Original

Moneda: NACIONAL

Datos del Asegurado

Nombre : HOSPITAL MORELOS SA DE CV

Domicilio : JAZMIN NO 2 COL CHAPULTEPEC CUERNAVACA, MORELOS C.P.:62450

R.F.C.: HMO950626QK7 Teléfono:

Datos de la Póliza

Número: RNA423470100 Forma de Pago: SEMESTRAL

Vigencia a las 12 Hrs. del :20/MAR/2014 al: 20/MAR/2015 Fecha de Expedición de la liquidación: 1/ABR/2014

Datos del Agente

Agente: 50126 ANA MA. MARCELA ALONSO URIARTE Centro de Contribución: 67923/232832

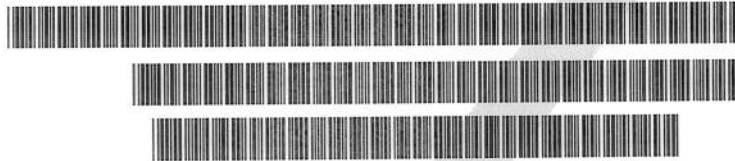
Datos de la Liquidación

Folio Fiscal : 901400154908 Folio : RNA423470100RNA4234700010201 Período Cubierto: 20 de Marzo de 2014 al 20 de Septiembre de 2014 Serie de la Liquidación:01-02

Prima Neta: 26,375.82 Tasa de Financiamiento 1,318.79 5.00% Gastos por Expedición: 1,050.00 I.V.A.: 4,599.14 16%

(Treinta y tres mil trescientos cuarenta y tres pesos 75/100 M.N.)

Total a Pagar: \$33,343.75



Para que este documento haga prueba de su pago, deberá estar sellado por el Banco y/o firma del Agente.

Formato de Pago

Table with columns: Banco, Convenio, Línea de Captura Bancos, Referencia, Concepto. Lists banks like Banamex, BBVA, HSBC, ScotiaBank, Santander, Banorte with their respective codes and amounts.

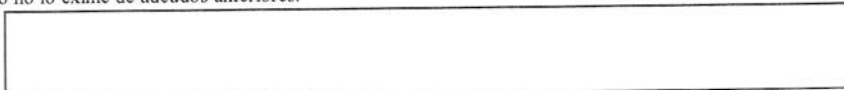
Sello y/o firma del Agente

-Si efectúa su pago con cheque, deberá ser exclusivamente para abono en cuenta y a favor de "AXA Seguros, S.A. de C.V.".

Detalle de Documentos

Table with columns: Mismo banco, No. de cheque, Importe, Otros bancos, No. de cheque, Importe. Includes rows for Mismo banco, Efectivo, and Total.

-El pago con cheque de otros bancos, se recibirá salvo buen cobro. Cantidad a pagar \$33,343.75 -El presente pago no lo exime de adeudos anteriores.



-Este recibo es una referencia de pago, por lo que carece de efectos fiscales. -El comprobante fiscal deberá solicitarlo a su agente.



reinventando / los seguros

RECIBO PROVISIONAL DE PAGO DE PRIMAS

Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales
Original

Moneda: NACIONAL

Datos del Asegurado

Nombre : HOSPITAL MORELOS SA DE CV

Domicilio : JAZMIN NO 2 COL CHAPULTEPEC
CUERNAVACA, MORELOS C.P.:62450

R.F.C.: HMO950626QK7
Teléfono:

Datos de la Póliza

Número: RNA423470100
Forma de Pago: SEMESTRAL

Vigencia a las 12 Hrs. del :20/MAR/2014 al: 20/MAR/2015
Fecha de Expedición de la liquidación: 1/ABR/2014

Datos del Agente

Agente: 50126 ANA MA. MARCELA ALONSO URIARTE Centro de Contribución: 67923/232832

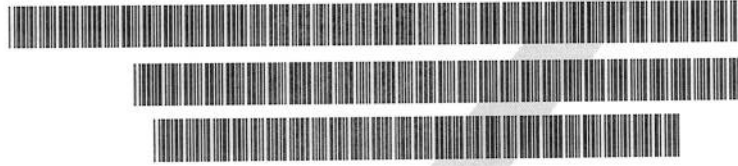
Datos de la Liquidación

Folio Fiscal : 901400154908
Folio : RNA423470100RNA4234700010201
Período Cubierto: 20 de Marzo de 2014 al 20 de Septiembre de 2014
Serie de la Liquidación:01-02

Prima Neta: 26,375.82
Tasa de Financiamiento 1,318.79 5.00%
Gastos por Expedición: 1,050.00
I.V.A.: 4,599.14 16%

(Treinta y tres mil trescientos cuarenta y tres pesos 75/100 M.N.)

Total a Pagar: \$33,343.75



Para que este documento haga prueba de su pago, deberá estar sellado por el Banco y/o firma del Agente.

Formato de Pago

Banco	Convenio	Linea de Captura Bancos	Referencia	Concepto
Banamex	B:125402	0171 2990 1400 1549 0897 9902 35	\$33,343.75	
BBVA Bancomer	CIE 916757	9014 0015 4908 9799 0237	\$33,343.75	
HSBC	RAP 1420	9014 0015 4908 9799 0237	\$33,343.75	
ScotiaBank Inverlat	3545	9014 0015 4908 9799 0237	\$33,343.75	
Santander	02364	9014 0015 4908 9799 0237	\$33,343.75	
Banorte	EMP:68526	9014 0015 4908 9799 0237	\$33,343.75	

Sello y/o firma del Agente

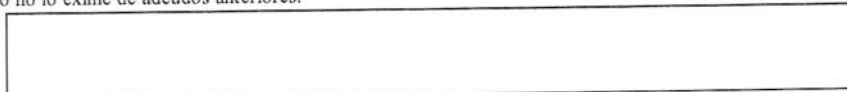
-Si efectúa su pago con cheque, deberá ser exclusivamente para abono en cuenta y a favor de "AXA Seguros, S.A. de C.V.".

Detalle de Documentos

Mismo banco		Otros bancos	
No. de cheque	Importe	No. de cheque	Importe
Mismo banco			
Efectivo			
Total		Total	

-El pago con cheque de otros bancos, se recibirá salvo buen cobro.
-El presente pago no lo exime de adeudos anteriores.

Cantidad a pagar \$33,343.75



-Este recibo es una referencia de pago, por lo que carece de efectos fiscales.
-El comprobante fiscal deberá solicitarlo a su agente.



reinventando / los seguros

ESPECIFICACION PARA ADHERIRSE A LA POLIZA Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Póliza No. : RNA423470100

Endoso No. : RNA42347

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

ASEGURADO : HOSPITAL MORELOS, S.A. DE C.V.

R. F.C. HMO950626QK7

UBICACION: JAZMÍN NO. 2 COL. CHAPULTEPEC CUERNAVACA, MORELOS C.P. 62450

GIRO : HOSPITAL Y/O CLÍNICA

INGRESOS REALES 2012 \$ 40,000,000 M.N.

PRONÓSTICO DE INGRESOS: \$ 42,000,000 M.N.

NÚMERO DE CAMAS: 24

NÚMERO DE ESPECIALISTAS Y EMPLEADOS :
10 CIRUJANOS.
15 ENFERMERAS (OS)
3 RADIOLOGOS
1 QUIMICO
10 INTENDENCIA
5 ADMINSTRATIVOS

*Enero
Feb
1º Marzo vence
19 días descubiertos
20 Marzo*

SEGÚN RELACIÓN ANEXA

SINIESTRALIDAD : ESTA COTIZACIÓN FUE ELABORADA CONSIDERANDO LA NULA SINIESTRALIDAD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS PROPORCIONADA POR EL AGENTE O CORREDOR, EN CASO DE EXISTIR ALGÚN CAMBIO, LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE MODIFICAR LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES O INCLUSO CANCELAR LA COTIZACIÓN.

VIGENCIA: DEL 01 DE MARZO DEL 2013 AL 01 DE MARZO DEL 2014

TERRITORIO DEL SEGURO: ESTA PÓLIZA ES CONTRATADA CONFORME A LAS LEYES MEXICANAS Y PARA CUBRIR DAÑOS QUE OCURRAN DENTRO DEL TERRITORIO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

COBERTURAS AMPARADAS:
b) **ACTIVIDADES E INMUEBLES** (CONFORME AL CLAUSULADO DE CONDICIONES PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES U OTROS CENTROS DE SANIDAD).
c) **RC PROFESIONAL.**

TIPO DE COBERTURA: LA COBERTURA SERÁ CON BASE AL PRINCIPIO CLAIMS MADE. Y DE ACUERDO AL TEXTO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES U OTROS ESTABLECIMIENTOS DE



ESPECIFICACION PARA ADHERIRSE A LA POLIZA Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Póliza No. : RNA423470100

Endoso No. : RNA42347

SANIDAD.

ESTÁ ASEGURADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL, SIEMPRE QUE SE REFIERAN A DAÑOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y QUE LAS RECLAMACIONES SE PRESENTEN POR PRIMERA VEZ Y POR ESCRITO AL ASEGURADO DE LA COMPAÑÍA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DENTRO DEL AÑO SIGUIENTE A SU TERMINACIÓN.

**LIMITE MAXIMO DE
RESPONSABILIDAD :**

\$ 3,000,000 M.N., L.U.C. POR UNO O TODOS LOS SINIESTROS QUE PUEDAN OCURRIR DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

PRIMA NETA ANUAL:

\$ 68,602.31 M.N.

DEDUCIBLE :

GENERAL INCLUYENDO DAÑOS A PERSONAS: 10% DEL MONTO DE CADA RECLAMACIÓN CON MÍNIMO DE \$20,000 M.N.

EL DEDUCIBLE ANTERIOR ES APLICABLE TANTO A LOS MONTOS INDEMNIZABLES A QUE HUBIERE LUGAR COMO A LOS GASTOS DE DEFENSA.

GASTOS DE DEFENSA

• **GASTOS DE DEFENSA:**
EL PAGO DE LOS GASTOS DE DEFENSA A QUE SE REFIERE EL PUNTO 2, DEL INCISO A) DE LA CLÁUSULA 2A. DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, ESTARÁ CUBIERTO EN FORMA ADICIONAL, PERO SIN EXCEDER DE UNA SUMA IGUAL AL 50% DE LA SUMA ASEGURADA.

- **TEXTO CLAIMS MADE.**
- **CONDICIONES PARTICULARES PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES U OTROS CENTROS DE SANIDAD.**
- **CONDICIONES GENERALES SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL.**

EXCLUSIONES :

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES DESCRITAS O NOMBRADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SE CONVIENE QUE LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES TAMBIÉN SERÁN APLICABLES.

- Daños punitivos o ejemplares como pueden ser multas y/o sanciones impuestas por la autoridad.
- Caso fortuito o fuerza mayor. (Reclamaciones o daños causados u ocasionados por actos de la naturaleza, riñas, peleas, actos mal intencionados, alborotos populares, huelgas, terrorismo, guerra, guerra civil, anuncio de bombas y/o peligro de bombas y/o similares.)
- Culpa grave e inexcusable de la víctima
- Daños patrimoniales puros.
- Productos en el extranjero.
- Contaminación absoluta.
- Médicos en convenio cuando ejerzan su profesión fuera de los establecimientos del asegurado.



ESPECIFICACION PARA ADHERIRSE A LA POLIZA Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Póliza No. : RNA423470100

Endoso No. : RNA42347

- Perjuicio sin daño físico o material.
- R.C. contractual, demora.
- Subrogación de derechos.
- R.C. Patronal y compensación a empleados.
- Reclamaciones y/o demandas en el extranjero y/o provenientes del extranjero
- La responsabilidad del Asegurado derivada de centros de producción, depósitos, sucursales filiales o similares, domiciliadas en el extranjero.
- Reclamaciones o responsabilidades provenientes o derivadas de o por sida.
- Daños por transfusiones de sangre y/o banco de sangre.
- R.C. vehicular.
- Reclamaciones por riesgos vehiculares (ambulancias)
- Reclamaciones y/o daños puramente financieros.
- Garantía de calidad del producto y uso inadecuado del producto. (queda a Responsabilidad Civil del fabricante de medicamentos, materiales de curación y equipos)
- Retiro de producto
- Médicos externos y Personal Externos
- Reinstalación automática de suma asegurada.
- Daños genéticos.
- Reclamaciones por acoso y abuso sexual.
- Asbestos.
- RC Productos por Intoxicación con Bebidas alcohólicas.
- Cualquier Cobertura no amparada expresamente.

SUJETO A:

•CONDICIONES PARTICULARES PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES U OTROS CENTROS DE SANIDAD. (ANEXO)

•CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL. DV-146-2.

CLAUSULA DE PRELACION:

EN AQUELLO QUE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA SE OPONGAN A LAS CONDICIONES ESPECIALES DE ESTA PÓLIZA, ESTAS TENDRÁN PRELACIÓN SOBRE LAS PRIMERAS



ESPECIFICACION PARA ADHERIRSE A LA POLIZA Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Póliza No. : RNA423470100

Endoso No. : RNA42347

Condiciones particulares para el Seguro de Responsabilidad Civil de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y/u otros establecimientos de sanidad.

1. Alcance del Seguro.

Queda asegurada la responsabilidad civil en que pudiese incurrir el Asegurado a consecuencia de daños ocasionados por las actividades inherentes de una clínica, sanatorio, hospital u otro establecimiento similar de sanidad, si la reclamación referente se presenta dentro del período de vigencia de la póliza.

En el caso de que el Asegurado ejerza una profesión médica, este seguro cubre, en correspondencia con lo estipulado en la Cláusula 4a. inciso h) de las condiciones generales de la póliza y dentro del marco de las mismas, la responsabilidad civil profesional derivada del ejercicio de esa profesión dentro del establecimiento. Reclamaciones derivadas de negligencia o impericia en el ejercicio de la profesión médica cometidas antes del comienzo de la vigencia de la póliza, estarán únicamente aseguradas por medio del convenio expreso.

2. El presente seguro se extiende a cubrir la responsabilidad civil del Asegurado como sigue:

2.1 Como propietario, arrendatario o usufructuario de los bienes, edificios o locales en que se desarrollen las actividades propias del Asegurado, materia de este seguro. Quedan incluidos los edificios destinados al alojamiento del personal empleado por el Asegurado. Para asegurar la responsabilidad legal del arrendatario por daños a un inmueble tomado en arrendamiento, se requiere cobertura adicional.

2.2 Derivada de los actos u omisiones cometidos por el personal bajo relación laboral con el Asegurado, en el ejercicio de sus respectivas funciones al servicio del mismo.

En consecuencia, queda asegurada la responsabilidad civil imputable al Asegurado por actos u omisiones profesionales cometidos por médicos, personal médico auxiliar, farmacéuticos y laboratoristas del Asegurado, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

Esta cobertura se otorga conforme al límite temporal expresado en el número 1. de estas condiciones particulares.

2.3 Derivada de la posesión y del uso de aparatos y de tratamientos médicos con fines de diagnóstico y de terapéutica en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica y que no se encontraren comprendidos en el número 4. de estas condiciones particulares. En el caso del uso de dichos aparatos o tratamientos por médicos externos o por el personal auxiliar de éstos, no queda asegurada la responsabilidad civil personal de ellos.

2.4 La responsabilidad civil por los siguientes productos, en correspondencia con lo estipulado en la Cláusula 3a. inciso c) de las condiciones generales de la póliza y dentro del marco de las mismas:

- b) Suministro de comidas y bebidas dentro del establecimiento descrito en esta póliza.
- c) La aplicación, distribución o venta de productos farmacéuticos registrados ante la autoridad competente, excluida la fabricación.
- d) Los productos que hayan sido elaborados en la farmacia del establecimiento descrito en esta póliza, siempre que se haya procedido según receta médica oficial.

3. El presente seguro, además de la responsabilidad civil del Asegurado, cubre la responsabilidad civil personal de:

3.1. Los socios o representantes legales del Asegurado, en tanto actúen dentro del desempeño de sus funciones.

3.2. Las personas a quienes el Asegurado hubiese confiado la dirección o administración del establecimiento, dentro de los límites de sus encargos.



ESPECIFICACION PARA ADHERIRSE A LA POLIZA Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Póliza No. : RNA423470100

Endoso No. : RNA42347

3.3 Los empleados y trabajadores del Asegurado por los actos u omisiones realizados en el desempeño de su cometido laboral.

En consecuencia y en correspondencia con lo estipulado en el número 3.1.4 de las condiciones generales de la póliza, y dentro del marco de las mismas, queda incluida la responsabilidad civil profesional de los empleados que al servicio del Asegurado ejerzan una profesión médica, médica auxiliar, farmacéutica o laboratorista. Esta cobertura se otorga conforme al límite temporal expresado en el número 1. de estas condiciones particulares.

Las personas a que se refiere esta cobertura no tendrán en ningún caso la condición de terceros a los efectos de este seguro.

4. En correspondencia con lo estipulado en la cláusula 3a. inciso f) de las condiciones generales de la póliza y dentro del marco de las mismas, queda asegurada la responsabilidad civil derivada de la posesión y uso de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico y, mediante convenio expreso, la derivada de :

La posesión y uso de :

- e) Aparatos generadores de rayos por aceleración de partículas, incluyendo aparatos de rayos X que, aún ocasionalmente, se utilicen para fines terapéuticos.
- f) Aparatos generadores de rayos de onda corta o de rayos corpusculares enriquecidos (por Ej. betatrón o acelerador de electrones, generador Van Der Graaf, acelerador lineal, ciclotrón, sincrotón),
- g) Aparatos generadores de rayos láser,

La posesión y aplicación a pacientes de materias radiactivas naturales o artificiales:

- h) En aparatos en los que está incorporado un irradiador (isótopo) como por Ej. la bomba de cobalto.
- i) Otras materias radiactivas,

Siempre y cuando dichos aparatos y materias no se hallen sujetos al seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previsto por la ley.

Quedan excluidas reclamaciones derivadas de:

- j) Daños genéticos
- k) Daños sufridos por cualquier persona que ejerza actividades profesionales o científicas en el establecimiento o local del Asegurado, y que por el ejercicio de esa actividad se encuentre expuesta a los riesgos de rayos y radiación materia de esta cobertura.

En el caso del uso de dichos aparatos o aplicación de dichas materias por médicos externos o por el personal auxiliar de éstos, no queda asegurada la responsabilidad civil personal de ellos.

5. En caso de establecimientos veterinarios y en correspondencia con lo estipulado en la cláusula 3a. inciso d) de las condiciones generales de la póliza y dentro del marco de las mismas, queda asegurada la responsabilidad civil derivada de daños causados a los animales tratados o entregados para su tratamiento.

El Asegurado participará en cada siniestro con un 10% del importe de la reclamación, siempre sujeto a un mínimo de: 6. Exclusiones.

Queda entendido y convenido que en ningún caso este seguro ampara ni se refiere a reclamaciones:

6.1 Por daños derivados del ejercicio de profesiones médicas con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica. En el caso de la cirugía plástica o estética, solamente se otorga cobertura en los casos de cirugía reconstructiva posterior a un accidente y de cirugía correctiva de anomalías congénitas.

6.2 Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de intoxicantes o narcóticos.

6.3 En el caso de establecimientos de odontología y ortodoncia: por daños causados por aplicación de anestesia general, o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si el establecimiento carece de las instalaciones idóneas a dicho fin.

6.4. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, por ejemplo:



**ESPECIFICACION PARA ADHERIRSE A LA POLIZA
Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales**

Póliza No. : RNA423470100

Endoso No. : RNA42347

perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.

6.5. Daños genéticos

6.6. Daños sufridos por cualquier persona que ejerza actividades profesionales o científicas en el establecimiento o local del Asegurado, y que por el ejercicio de esa actividad se encuentre expuesta a los riesgos de rayos y radiación materia de esta cobertura.

RELACIÓN DE PERSONAL:

HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.
LISTA DE TRABAJADORES.
HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.

EN ARCHIVO ANEXO (PENDIENTE)

CONDICIONES ESPECIALES DEL SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS, HOSPITALES Y SANATORIOS.

LA COMPAÑÍA Y EL ASEGURADO CONVIENEN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES ESPECIALES, QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONTRATO Y TENDRAN PRELACION SOBRE LAS CONDICIONES GENERALES DEL MISMO, SIENDO APLICABLES ESTAS DOS ULTIMAS EN TODO AQUELLO NO ESPECIFICADO QUE NO CONTRAVENGAN A LO ESTIPULADO EN ESTAS CONDICIONES ESPECIALES.

CLAUSULA 1ª. ALCANCE DEL SEGURO.

QUEDA ASEGURADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE PUEDE INCURRIR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE DAÑOS OCASIONADOS POR LAS ACTIVIDADES INHERENTES DE UNA CLINICA, SANATORIO, HOSPITAL U OTRO ESTABLECIMIENTO SIMILAR DE SANIDAD, SI LA RECLAMACION REFERENTE SE PRESENTA DENTRO DEL PERIODO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.

EN EL CASO DE QUE EL ASEGURADO EJERZA UNA PROFESION MEDICA, ESTE SEGURO CUBRE, EN CORRESPONDENCIA CON LO ESTIPULADO EN LA CLAUSULA 4ª, INCISO B) DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA Y DENTRO DEL MARCO DE LAS MISMAS, LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DEL EJERCICIO DE ESA PROFESION DENTRO DEL ESTABLECIMIENTO RECLAMACIONES DERIVADAS DE NEGLIGENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE LA PROFESION MEDICA COMETIDAS ANTES DEL COMIENZO DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, ESTARAN ASEGURADAS POR MEDIO DEL CONVENIO EXPRESO.

CLAUSULA 2ª. DELIMITACION DEL ALCANCE DEL SEGURO.

A) EL LIMITE DE RESPONSABILIDAD PARA LA COMPAÑÍA, PARA UNA O TODAS LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS POR RESPONSABILIDADES INCURRIDAS POR EL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, ES LA SUMA INDICADA EN LA CARATULA Y/O CEDULA DE LA POLIZA.

B) EL PAGO DE LOS GASTOS DE DEFENSA LEGAL, A QUE SE REFIERE EL PUNTO 2., DEL INCISO A) DE LA CLAUSULA 2ª. DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, ESTARA CUBIERTO HASTA POR UNA SUMA IGUAL AL 50% DEL LIMITE DE RESPONSABILIDAD ASEGURADO POR LA POLIZA, Y SE CONSIDERARAN CONCLUIDOS DENTRO DE DICHO LIMITE.

NO OBSTANTE, LO ESTABLECIDO EN EL INCISO A) DEL PUNTO 2 DEL INCISO A) DE LA CLAUSULA DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, BAJO CONVENIO EXPRESO ENTRE EL ASEGURADO Y LA COMPAÑÍA, ESTA SE EXTENDERA A AMPARAR LAS CAUCIONES O LAS PRIMAS DE LAS FIANZAS QUE DEBAN OTORGARSE COMO CAUCION, DE ACUERDO A LO INDICADO POR UN JUEZ, PARA QUE EL ASEGURADO ALCANCE SU LIBERTAD PREPARATORIA, PROVISIONAL, DURANTE UN PROCESO PENAL DERIVADO DE UNA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR ESTA POLIZA, DICHS GASTOS QUEDARAN CUBIERTOS HASTA UNA



ESPECIFICACION PARA ADHERIRSE A LA POLIZA Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Póliza No. : RNA423470100

Endoso No. : RNA42347

SUMA IGUAL AL 40% DEL LIMITE DE RESPONSABILIDAD ASEGURADO POR LA POLIZA, Y SE CONSIDERARAN INCLUIDOS DENTRO DE LA SUMA ASEGURADA PARA GASTOS DE DEFENSA LEGAL.

CLAUSULA 3ª. RESPONSABILIDADES AMPARADAS POR EL CONTRATO.

EL PRESENTE SEGURO SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO COMO SIGUE:

3.1 COMO PROPIETARIO, ARRENDATARIO O USUFRUCTUARIO DE LOS BIENES, EDIFICIOS O LOCALES EN QUE SE DESARROLLEN LAS ACTIVIDADES DEL ASEGURADO, MATERIA DE ESTE SEGURO. QUEDAN INCLUIDOS LOS EDIFICIOS DESTINADOS AL ALOJAMIENTO DEL PERSONAL EMPLEADO POR EL ASEGURADO. PARA ASEGURAR LA RESPONSABILIDAD LEGAL DEL ARRENDATARIO POR DAÑOS A UN INMUEBLE TOMADO EN ARRENDAMIENTO, SE REQUIERE COBERTURA ADICIONAL.

3.2 DERIVADA DE LOS ACTOS U OMISIONES COMETIDOS POR EL PERSONAL BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL ASEGURADO, EN EL EJERCICIO DE SUS RESPECTIVAS FUNCIONES AL SERVICIO DEL MISMO.

EN CONSECUENCIA, QUEDA ASEGURADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR ACTOS U OMISIONES PROFESIONALES COMETIDOS POR MÉDICOS, PERSONAL MEDICO AUXILIAR, FARMACÉUTICOS Y LABORATORISTAS DEL ASEGURADO EN EL EJERCICIO DE SUS ACTIVIDADES AL SERVICIO DEL MISMO.

ESTA COBERTURA SE OTORGA CONFORME AL LIMITE TEMPORAL EXPRESADO EN LA CLÁUSULA 1ª. DE ESTAS CONDICIONES ESPECIALES.

3.3 DERIVADA DE LA POSESIÓN Y DEL USO DE APARATOS Y DE TRATAMIENTOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNOSTICO Y DE TERAPÉUTICOS EN CUANTO DICHOS APARATOS Y TRATAMIENTO ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y QUE NO SE ENCONTRAREN COMPRENDIDOS EN EL PUNTO 3.6 DE ESTA CLÁUSULA. EN EL CASO DEL USO DE DICHOS APARATOS O TRATAMIENTOS POR MÉDICOS EXTERNOS O POR EL PERSONAL AUXILIAR DE ESTOS, NO QUEDA ASEGURADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PERSONAL DE ELLOS.

3.4 LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LOS SIGUIENTES PRODUCTOS, EN CORRESPONDENCIA CON LO ESTIPULADO EN LA CLÁUSULA 3ª. INCISO C) DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y DENTRO DEL MARCO DE LAS MISMAS:

- SUMINISTRO DE COMIDAS Y BEBIDAS DENTRO DEL ESTABLECIMIENTO DESCRITO EN ESTA PÓLIZA.
- LA APLICACIÓN, DISTRIBUCIÓN O VENTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, EXCLUIDA LA FABRICACIÓN,
- LOS PRODUCTOS QUE HAYAN SIDO ELABORADOS EN LA FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DESCRITO EN ESTA PÓLIZA, SIEMPRE QUE SE HAYA PROCEDIDO SEGÚN RECETA MEDICA OFICIAL.

3.5 EL PRESENTE SEGURO, ADEMÁS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, CUBRE LA R RESPONSABILIDAD CIVIL PERSONAL DE:

3.5.1 LOS SOCIOS O REPRESENTANTES LEGALES DEL ASEGURADO, EN TANTO ACTÚEN DENTRO DEL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES.

3.5.2 LAS PERSONAS A QUIENES EL ASEGURADO HUBIESE CONFIADO LA DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO, DENTRO DE LOS LIMITES DE SUS ENCARGOS.

3.5.3 LOS EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL ASEGURADO POR LOS ACTOS U OMISIONES REALIZADOS EN EL DESEMPEÑO DE SU COMETIDO LABORAL.

3.5.4 EN CONSECUENCIA Y EN CORRESPONDENCIA CON LO ESTIPULADO EN EL PUNTO 3.2 DE ESTA CLÁUSULA , QUEDA INCLUIDA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LOS EMPLEADOS QUE AL SERVICIO DEL ASEGURADO EJERZAN UNA PROFESIÓN MEDICA, MEDICA AUXILIAR, FARMACÉUTICA O LABORATORISTA. E STA COBERTURA SE OTORGA CONFORME AL LIMITE TEMPORAL EXPRESADO EN LA CLÁUSULA 1ª. DE ESTAS CONDICIONES ESPECIALES.

LAS PERSONAS A QUE SE REFIEREN LOS PUNTOS INDICADOS ANTERIORMENTE NO TENDRÁN EN NINGÚN CASO LA CONDICIÓN DE TERCEROS A LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO.

3.6 EN CORRESPONDENCIA CON LO ESTIPULADO EN LA CLÁUSULA 3ª., INCISO F) DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y DENTRO DEL MARCO DE LAS MISMAS, QUEDA ASEGURADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA POSESIÓN Y USO DE APARATOS DE RAYOS X CON FINES DE DIAGNÓSTICO Y, MEDIANTE CONVENIO EXPRESO, LA DERIVADA DE:

LA POSESIÓN Y USO DE:

- APARATOS GENERADORES DE RAYOS POR ACELERACIÓN DE PARTÍCULAS, INCLUYENDO APARATOS DE RAYOS X QUE, AÚN OCASIONALMENTE, SE UTILICEN PARA FINES TERAPÉUTICOS.



ESPECIFICACION PARA ADHERIRSE A LA PÓLIZA Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Póliza No. : RNA423470100

Endoso No. : RNA42347

- APARATOS GENERADORES DE RAYOS DE ONDA CORTA O DE RAYOS CORPUSCULARES ENRIQUECIDOS (POR EJ. BETATRON O ACELERADOR DE ELECTRONES, GENERADOR VAN DER GRAAF, ACELERADOR LINEAL, CICLOTON, SINCROTON).
- APARATOS GENERADORES DE RAYOS LÁSER.

LA POSESIÓN Y APLICACIÓN A PACIENTES DE MATERIAS RADIATIVAS NATURALES O ARTIFICIALES:

- EN APARATOS EN LOS QUE ESTA INCORPORADO UN IRRADIADOR (ISÓTOPO) COMO POR EJ. LA BOMBA DE COBALTO.
- OTRAS MATERIAS RADIATIVAS.

SIEMPRE Y CUANDO APARATOS Y MATERIAS NO SE HALLEN SUJETOS AL SEGURO OBLIGATORIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS NUCLEARES PREVISTO POR LA LEY.

QUEDAN EXCLUIDAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE:

- DAÑOS GENÉTICOS
- DAÑOS SUFRIDOS POR CUALQUIER PERSONA QUE EJERZA ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS EN EL ESTABLECIMIENTO O LOCAL DEL ASEGURADO, Y QUE POR EL EJERCICIO DE ESA
- ACTIVIDAD SE ENCUENTRE EXPUESTA A LOS RIESGOS DE RAYOS Y RADIACIÓN MATERIA DE ESTA COBERTURA.

EN CASO DE USO DE DICHOS APARATOS O APLICACIÓN DE DICHAS MATERIAS POR MÉDICOS EXTERNOS O POR EL PERSONAL AUXILIAR DE ESTOS, NO QUEDA ASEGURADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PERSONAL DE ELLOS.

3.7 EN CASO DE ESTABLECIMIENTOS VETERINARIOS Y EN CORRESPONDENCIA CON LO ESTIPULADO EN LA CLÁUSULA 3ª, INCISO D) DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y DENTRO DEL MARCO DE LAS MISMAS, QUEDA ASEGURADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE DAÑOS CAUSADOS A LOS ANIMALES TRATADOS O ENTREGADOS PARA SU TRATAMIENTO.

CLAUSULA 4ª. EXCLUSIONES.

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE EN NINGÚN CASO ESTE SEGURO AMPARA NI SE REFIERE A RECLAMACIONES:

- 4.1 POR DAÑOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE PROFESIONES MEDICAS CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O A LA TERAPÉUTICA. EN EL CASO DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA EN LOS CASOS DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y DE CIRUGÍA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y DE CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.
- 4.2 DERIVADAS DE SERVICIOS PROFESIONALES PROPORCIONALES BAJO LA INFLUENCIA DE INTOXICANTES O NARCÓTICOS.
- 4.3 EN EL CASO DE ESTABLECIMIENTO DE ODONTOLOGÍA Y ORTODONCIA: POR DAÑOS CAUSADOS POR APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, SI EL ESTABLECIMIENTO CARECE DE LAS INSTALACIONES IDÓNEAS A DICHO FIN.
- 4.4 DERIVADAS DE DAÑOS O PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO PERSONAL O MATERIAL, POR EJEMPLO: PERJUICIOS DERIVADOS DE TRATAMIENTOS INNECESARIOS, EMISIÓN DE DICTÁMENES PERICIAS, VIOLACIÓN DE SECRETO PROFESIONAL.
- 4.5 DAÑOS GENÉTICOS.
- 4.6 DAÑOS SUFRIDOS POR CUALQUIER PERSONA QUE EJERZA ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS EN EL ESTABLECIMIENTO O LOCAL DEL ASEGURADO, Y QUE POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD SE ENCUENTRE EXPUESTA A LOS RIESGOS DE RAYOS Y RADIACIÓN MATERIA DE ESTA COBERTURA.

CLAUSULA 5ª. DEDUCIBLE.

DE ACUERDO CON LO SEÑALADO EN LA CÉDULA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE QUEDARA A CARGO DEL ASEGURADO EN CADA SINIESTRO, UNA CANTIDAD DENOMINADA DEDUCIBLE.



ESPECIFICACION PARA ADHERIRSE A LA POLIZA Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Póliza No. : RNA423470100

Endoso No. : RNA42347

Condiciones particulares para el Seguro de Responsabilidad Civil de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y/u otros establecimientos de sanidad.

1. Alcance del Seguro.

Queda asegurada la responsabilidad civil en que pudiese incurrir el Asegurado a consecuencia de daños ocasionados por las actividades inherentes de una clínica, sanatorio, hospital u otro establecimiento similar de sanidad, si la reclamación referente se presenta dentro del período de vigencia de la póliza.

En el caso de que el Asegurado ejerza una profesión médica, este seguro cubre, en correspondencia con lo estipulado en la Cláusula 4a. inciso h) de las condiciones generales de la póliza y dentro del marco de las mismas, la responsabilidad civil profesional derivada del ejercicio de esa profesión dentro del establecimiento. Reclamaciones derivadas de negligencia o impericia en el ejercicio de la profesión médica cometidas antes del comienzo de la vigencia de la póliza, estarán únicamente aseguradas por medio del convenio expreso.

2. El presente seguro se extiende a cubrir la responsabilidad civil del Asegurado como sigue:

2.1 Como propietario, arrendatario o usufructuario de los bienes, edificios o locales en que se desarrollen las actividades propias del Asegurado, materia de este seguro. Quedan incluidos los edificios destinados al alojamiento del personal empleado por el Asegurado. Para asegurar la responsabilidad legal del arrendatario por daños aun inmueble tomado en arrendamiento, se requiere cobertura adicional.

2.2 Derivada de los actos u omisiones cometidos por el personal bajo relación laboral con el Asegurado, en el ejercicio de sus respectivas funciones al servicio del mismo.

En consecuencia, queda asegurada la responsabilidad civil imputable al Asegurado por actos u omisiones profesionales cometidos por médicos, personal médico auxiliar, farmacéuticos y laboratoristas del Asegurado, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

Esta cobertura se otorga conforme al límite temporal expresado en el número 1. de estas condiciones particulares.

2.3 Derivada de la posesión y del uso de aparatos y de tratamientos médicos con fines de diagnóstico y de terapéutica en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica y que no se encontraren comprendidos en el número 4. de estas condiciones particulares. En el caso del uso de dichos aparatos o tratamientos por médicos externos o por el personal auxiliar de éstos, no queda asegurada la responsabilidad civil personal de ellos.

2.4 La responsabilidad civil por los siguientes productos, en correspondencia con lo estipulado en la Cláusula 3a. inciso c) de las condiciones generales de la póliza y dentro del marco de las mismas:

- d) Suministro de comidas y bebidas dentro del establecimiento descrito en esta póliza.
- e) La aplicación, distribución o venta de productos farmacéuticos registrados ante la autoridad competente, excluida la fabricación.
- f) Los productos que hayan sido elaborados en la farmacia del establecimiento descrito en esta póliza, siempre que se haya procedido según receta médica oficial.

3. El presente seguro, además de la responsabilidad civil del Asegurado, cubre la responsabilidad civil personal de:

3.1. Los socios o representantes legales del Asegurado, en tanto actúen dentro del desempeño de sus funciones.



ESPECIFICACION PARA ADHERIRSE A LA POLIZA Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Póliza No. : RNA423470100

Endoso No. : RNA42347

- 3.2 Las personas a quienes el Asegurado hubiese confiado la dirección o administración del establecimiento, dentro de los límites de sus encargos.
- 3.3 Los empleados y trabajadores del Asegurado por los actos u omisiones realizados en el desempeño de su cometido laboral.

En consecuencia y en correspondencia con lo estipulado en el número 3.1.4 de las condiciones generales de la póliza, y dentro del marco de las mismas, queda incluida la responsabilidad civil profesional de los empleados que al servicio del Asegurado ejerzan una profesión médica, médica auxiliar, farmacéutica o laboratorista. Esta cobertura se otorga conforme al límite temporal expresado en el número 1. de estas condiciones particulares.

Las personas a que se refiere esta cobertura no tendrán en ningún caso la condición de terceros a los efectos de este seguro.

4. En correspondencia con lo estipulado en la cláusula 3a. inciso f) de las condiciones generales de la póliza y dentro del marco de las mismas, queda asegurada la responsabilidad civil derivada de la posesión y uso de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico y, mediante convenio expreso, la derivada de :

La posesión y uso de :

- g) Aparatos generadores de rayos por aceleración de partículas, incluyendo aparatos de rayos X que, aún ocasionalmente, se utilicen para fines terapéuticos.
- h) Aparatos generadores de rayos de onda corta o de rayos corpusculares enriquecidos (por Ej. betatrón o acelerador de electrones, generador Van Der. Graaf, acelerador lineal, ciclotrón, sincrotrón),
- i) Aparatos generadores de rayos láser,

La posesión y aplicación a pacientes de materias radiactivas naturales o artificiales:

- j) En aparatos en los que está incorporado un irradiador (isótopo) como por Ej. la bomba de cobalto.
- k) Otras materias radiactivas,

Siempre y cuando dichos aparatos y materias no se hallen sujetos al seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previsto por la ley.

Quedan excluidas reclamaciones derivadas de:

- l) Daños genéticos
- m) Daños sufridos por cualquier persona que ejerza actividades profesionales o científicas en el establecimiento o local del Asegurado, y que por el ejercicio de esa actividad se encuentre expuesta a los riesgos de rayos y radiación materia de esta cobertura.

En el caso del uso de dichos aparatos o aplicación de dichas materias por médicos externos o por el personal auxiliar de éstos, no queda asegurada la responsabilidad civil personal de ellos.

5. En caso de establecimientos veterinarios y en correspondencia con lo estipulado en la cláusula 3a. inciso d) de las condiciones generales de la póliza y dentro del marco de las mismas, queda asegurada la responsabilidad civil derivada de daños causados a los animales tratados o entregados para su tratamiento.

El Asegurado participará en cada siniestro con un 10% del importe de la reclamación, siempre sujeto aun mínimo de: 6. Exclusiones.

Queda entendido y convenido que en ningún caso este seguro ampara ni se refiere a reclamaciones:

- 6.1 Por daños derivados del ejercicio de profesiones médicas con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica. En el caso de la cirugía plástica o estética, solamente se otorga cobertura en los casos de cirugía reconstructiva posterior a un accidente y de cirugía correctiva de anomalías congénitas.
- 6.2 Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de intoxicantes o narcóticos.



**ESPECIFICACION PARA ADHERIRSE A LA POLIZA
Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales**

Póliza No. : RNA423470100

Endoso No. : RNA42347

- 6.3 En el caso de establecimientos de odontología y ortodoncia: por daños causados por aplicación de anestesia general, o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si el establecimiento carece de las instalaciones idóneas a dicho fin.
- 6.4. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, por ejemplo: perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
- 6.5. Daños genéticos
- 6.6. Daños sufridos por cualquier persona que ejerza actividades profesionales o científicas en el establecimiento o local del Asegurado, y que por el ejercicio de esa actividad se encuentre expuesta a los riesgos de rayos y radiación materia de esta cobertura.





ESPECIFICACION DE BIENES
Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Póliza No. : RNA423470100

Endoso No. : RNA42347 Ubicación No. : 1

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

ASEGURADO : HOSPITAL MORELOS, S.A. DE C.V.

R. F.C. HMO950626QK7

UBICACION: JAZMÍN NO. 2 COL. CHAPULTEPEC CUERNAVACA, MORELOS C.P. 62450

GIRO : HOSPITAL Y/O CLÍNICA

INGRESOS REALES 2013 \$ 40,000,000 M.N.

PRONÓSTICO DE INGRESOS: \$ 42,000,000 M.N.

NÚMERO DE CAMAS: 24

NÚMERO DE, ESPECIALISTAS Y EMPLEADOS : 2 CIRUJANOS.
19 ENFERMERAS (OS)
4 MEDICOS
1 EPIDEMIOLOGO
1 NUTRIOLOGO

SEGÚN RELACIÓN ANEXA

SINIESTRALIDAD : ESTA COTIZACIÓN FUE ELABORADA CONSIDERANDO LA NULA SINIESTRALIDAD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS PROPORCIONADA POR EL AGENTE O CORREDOR, EN CASO DE EXISTIR ALGÚN CAMBIO, LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE MODIFICAR LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES O INCLUSO CANCELAR LA COTIZACIÓN.

VIGENCIA: DEL 20 DE MARZO DE 2014 AL 20 DE MARZO DE 2015.

TERRITORIO DEL SEGURO: ESTA PÓLIZA ES CONTRATADA CONFORME A LAS LEYES MEXICANAS Y PARA CUBRIR DAÑOS QUE OCURRAN DENTRO DEL TERRITORIO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

COBERTURAS AMPARADAS:

- b) **ACTIVIDADES E INMUEBLES** (CONFORME AL CLAUSULADO DE CONDICIONES PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES U OTROS CENTROS DE SANIDAD).
- c) **RC PROFESIONAL.**



ESPECIFICACION DE BIENES
Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Póliza No. : RNA423470100

Endoso No. : RNA42347 Ubicación No. : 1

TIPO DE COBERTURA:

LA COBERTURA SERÁ CON BASE AL PRINCIPIO CLAIMS MADE. Y DE ACUERDO AL TEXTO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES U OTROS ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD.

ESTÁ ASEGURADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL, SIEMPRE QUE SE REFIERAN A DAÑOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y QUE LAS RECLAMACIONES SE PRESENTEN POR PRIMERA VEZ Y POR ESCRITO AL ASEGURADO DE LA COMPAÑÍA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DENTRO DEL AÑO SIGUIENTE A SU TERMINACIÓN.

LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD :

\$ 3,000,000 M.N., L.U.C. POR UNO O TODOS LOS SINIESTROS QUE PUEDAN OCURRIR DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

GASTOS PENALES: \$ 1,200,000 M.N. ESTA SUMA ASEGURADA SE CONSIDERA INCLUIDA DENTRO DE LA SUMA AMPARADA PARA GASTOS DE DEFENSA LEGAL.

PRIMA NETA ANUAL:

\$ 52,751.64 M.N.

DEDUCIBLE :

GENERAL INCLUYENDO DAÑOS A PERSONAS: 10% DEL MONTO DE CADA RECLAMACIÓN CON MÍNIMO DE \$20,000 M.N.

EL DEDUCIBLE ANTERIOR ES APLICABLE TANTO A LOS MONTOS INDEMNIZABLES A QUE HUBIERE LUGAR COMO A LOS GASTOS DE DEFENSA.

GASTOS DE DEFENSA

• **GASTOS DE DEFENSA:**
EL PAGO DE LOS GASTOS DE DEFENSA A QUE SE REFIERE EL PUNTO 2, DEL INCISO A) DE LA CLÁUSULA 2A. DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, ESTARÁ CUBIERTO EN FORMA ADICIONAL, PERO SIN EXCEDER DE UNA SUMA IGUAL AL 50% DE LA SUMA ASEGURADA.

• **CONDICIONES PARTICULARES PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES U OTROS CENTROS DE SANIDAD.**

• **CONDICIONES GENERALES SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL.**

EXCLUSIONES :

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES DESCRITAS O NOMBRADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SE CONVIENE QUE LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES TAMBIÉN SERÁN APLICABLES.



ESPECIFICACION DE BIENES Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Póliza No. : RNA423470100

Endoso No. : RNA42347 Ubicación No. : 1

- Daños punitivos o ejemplares como pueden ser multas y/o sanciones impuestas por la autoridad.
- Caso fortuito o fuerza mayor. (Reclamaciones o daños causados u ocasionados por actos de la naturaleza, riñas, peleas, actos mal intencionados, alborotos populares, huelgas, terrorismo, guerra, guerra civil, anuncio de bombas y/o peligro de bombas y/o similares.)
- Culpa grave e inexcusable de la víctima
- Daños patrimoniales puros.
- Productos en el extranjero.
- Contaminación absoluta.
- Médicos en convenio cuando ejerzan su profesión fuera de los establecimientos del asegurado.
- Perjuicio sin daño físico o material.
- R.C. contractual, demora.
- Subrogación de derechos.
- R.C. Patronal y compensación a empleados.
- Reclamaciones y/o demandas en el extranjero y/o provenientes del extranjero
- La responsabilidad del Asegurado derivada de centros de producción, depósitos, sucursales filiales o similares, domiciliadas en el extranjero.
- Reclamaciones o responsabilidades provenientes o derivadas de o por sida.
- Daños por transfusiones de sangre y/o banco de sangre.
- R.C. vehicular.
- Reclamaciones por riesgos vehiculares (ambulancias)
- Reclamaciones y/o daños puramente financieros.
- Garantía de calidad del producto y uso inadecuado del producto. (queda a Responsabilidad Civil del fabricante de medicamentos, materiales de curación y equipos)
- Retiro de producto
- Médicos externos y Personal Externos
- Reinstalación automática de suma asegurada.
- Daños genéticos.
- Reclamaciones por acoso y abuso sexual.
- Asbestos.
- RC Productos por Intoxicación con Bebidas alcohólicas.
- Cualquier Cobertura no amparada expresamente.

SUJETO A:

•CONDICIONES PARTICULARES PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES U OTROS CENTROS DE SANIDAD. (ANEXO)

•CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL. DV-146-2.

CLAUSULA DE PRELACION:

EN AQUELLO QUE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA SE OPONGAN A LAS CONDICIONES ESPECIALES DE ESTA PÓLIZA, ESTAS TENDRÁN PRELACIÓN SOBRE LAS PRIMERAS

CLÁUSULA DE RESTRICCIÓN DE COBERTURA:



reinventando / los seguros

ESPECIFICACION DE BIENES
Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Póliza No. : RNA423470100

Endoso No. : RNA42347 Ubicación No. : 1

LA COMPAÑÍA NO OTORGARÁ COBERTURA NI SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR NINGUNA RECLAMACIÓN O EL PAGO DE ALGÚN BENEFICIO DERIVADO DE ESTA PÓLIZA, CUANDO ELLO IMPLIQUE A LA COMPAÑÍA ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN DE TIPO ECONÓMICO O LEGAL, ESTABLECIDA EN RESOLUCIONES EMITIDAS POR LAS NACIONES UNIDAS, LEYES O REGLAMENTOS DE LA UNIÓN EUROPEA, REINO UNIDO O ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, O BIEN, POR ENCONTRARSE EN LISTAS O RESOLUCIONES RESTRICTIVAS, EMITIDAS POR ORGANISMOS INTERNACIONALES.

REGISTRO CGEN-S0048-0064-2012 DE OCTUBRE 02 DE 2012





ESPECIFICACION DE BIENES
Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Póliza No. : RNA423470100

Endoso No. : RNA42347 Ubicación No. : 1

**Condiciones particulares para el Seguro de Responsabilidad Civil de Clínicas,
Sanatorios, Hospitales y/u otros establecimientos de sanidad.**

1. Alcance del Seguro.

Queda asegurada la responsabilidad civil en que pudiere incurrir el Asegurado a consecuencia de daños ocasionados por las actividades inherentes de una clínica, sanatorio, hospital u otro establecimiento similar de sanidad, si la reclamación referente se presenta dentro del período de vigencia de la póliza.

En el caso de que el Asegurado ejerza una profesión médica, este seguro cubre, en correspondencia con lo estipulado en la Cláusula 4a. inciso h) de las condiciones generales de la póliza y dentro del marco de las mismas, la responsabilidad civil profesional derivada del ejercicio de esa profesión dentro del establecimiento. Reclamaciones derivadas de negligencia o impericia en el ejercicio de la profesión médica cometidas antes del comienzo de la vigencia de la póliza, estarán únicamente aseguradas por medio del convenio expreso.

2. El presente seguro se extiende a cubrir la responsabilidad civil del Asegurado como sigue:

- 2.1 Como propietario, arrendatario o usufructuario de los bienes, edificios o locales en que se desarrollen las actividades propias del Asegurado, materia de este seguro. Quedan incluidos los edificios destinados al alojamiento del personal empleado por el Asegurado. Para asegurar la responsabilidad legal del arrendatario por daños aun inmueble tomado en arrendamiento, se requiere cobertura adicional.
- 2.2 Derivada de los actos u omisiones cometidos por el personal bajo relación laboral con el Asegurado, en el ejercicio de sus respectivas funciones al servicio del mismo.

En consecuencia, queda asegurada la responsabilidad civil imputable al Asegurado por actos u omisiones profesionales cometidos por médicos, personal médico auxiliar, farmacéuticos y laboratoristas del Asegurado, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

Esta cobertura se otorga conforme al límite temporal expresado en el número 1. de estas condiciones particulares.
- 2.3 Derivada de la posesión y del uso de aparatos y de tratamientos médicos con fines de diagnóstico y de terapéutica en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica y que no se encontraren comprendidos en el número 4. de estas condiciones particulares. En el caso del uso de dichos aparatos o tratamientos por médicos externos o por el personal auxiliar de éstos, no queda asegurada la responsabilidad civil personal de ellos.
- 2.4 La responsabilidad civil por los siguientes productos, en correspondencia con lo estipulado en la Cláusula 3a. inciso c) de las condiciones generales de la póliza y dentro del marco de las mismas:

- d) Suministro de comidas y bebidas dentro del establecimiento descrito en esta póliza.
- e) La aplicación, distribución o venta de productos farmacéuticos registrados ante la autoridad competente, excluida la fabricación.
- f) Los productos que hayan sido elaborados en la farmacia del establecimiento descrito en esta póliza, siempre que se haya procedido según receta médica oficial.

3. El presente seguro, además de la responsabilidad civil del Asegurado, cubre la responsabilidad civil personal de:



ESPECIFICACION DE BIENES
Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Póliza No. : RNA423470100

Endoso No. : RNA42347 Ubicación No. : 1

- 3.1. Los socios o representantes legales del Asegurado, en tanto actúen dentro del desempeño de sus funciones.
- 3.2. Las personas a quienes el Asegurado hubiese confiado la dirección o administración del establecimiento, dentro de los límites de sus encargos.
- 3.3. Los empleados y trabajadores del Asegurado por los actos u omisiones realizados en el desempeño de su cometido laboral.

En consecuencia y en correspondencia con lo estipulado en el número 3.1.4 de las condiciones generales de la póliza, y dentro del marco de las mismas, queda incluida la responsabilidad civil profesional de los empleados que al servicio del Asegurado ejerzan una profesión médica, médica auxiliar, farmacéutica o laboratorista. Esta cobertura se otorga conforme al límite temporal expresado en el número 1. de estas condiciones particulares.

Las personas a que se refiere esta cobertura no tendrán en ningún caso la condición de terceros a los efectos de este seguro.

4. En correspondencia con lo estipulado en la cláusula 3a. inciso f) de las condiciones generales de la póliza y dentro del marco de las mismas, queda asegurada la responsabilidad civil derivada de la posesión y uso de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico y, mediante convenio expreso, la derivada de :

La posesión y uso de :

- g) Aparatos generadores de rayos por aceleración de partículas, incluyendo aparatos de rayos X que, aún ocasionalmente, se utilicen para fines terapéuticos.
- h) Aparatos generadores de rayos de onda corta o de rayos corpusculares enriquecidos (por Ej. betatrón o acelerador de electrones, generador Van Der. Graaf, acelerador lineal, ciclotrón, sincrotrón),
- i) Aparatos generadores de rayos láser,

La posesión y aplicación a pacientes de materias radiactivas naturales o artificiales:

- j) En aparatos en los que está incorporado un irradiador (isótopo) como por Ej. la bomba de cobalto.
- k) Otras materias radiactivas,

Siempre y cuando dichos aparatos y materias no se hallen sujetos al seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previsto por la ley.

Quedan excluidas reclamaciones derivadas de:

- l) Daños genéticos
- m) Daños sufridos por cualquier persona que ejerza actividades profesionales o científicas en el establecimiento o local del Asegurado, y que por el ejercicio de esa actividad se encuentre expuesta a los riesgos de rayos y radiación materia de esta cobertura.

En el caso del uso de dichos aparatos o aplicación de dichas materias por médicos externos o por el personal auxiliar de éstos, no queda asegurada la responsabilidad civil personal de ellos.

5. En caso de establecimientos veterinarios y en correspondencia con lo estipulado en la cláusula 3a. inciso d) de las condiciones generales de la póliza y dentro del marco de las mismas, queda asegurada la responsabilidad civil derivada de daños causados a los animales tratados o entregados para su tratamiento.

El Asegurado participará en cada siniestro con un 10% del importe de la reclamación, siempre sujeto aun mínimo de: 6.
Exclusiones.



ESPECIFICACION DE BIENES

Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Póliza No. : RNA423470100

Endoso No. : RNA42347 Ubicación No. : 1

Queda entendido y convenido que en ningún caso este seguro ampara ni se refiere a reclamaciones:

- 6.1 Por daños derivados del ejercicio de profesiones médicas con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica. En el caso de la cirugía plástica o estética, solamente se otorga cobertura en los casos de cirugía reconstructiva posterior a un accidente y de cirugía correctiva de anomalías congénitas.
- 6.2 Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de intoxicantes o narcóticos.
- 6.3 En el caso de establecimientos de odontología y ortodoncia: por daños causados por aplicación de anestesia general, o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si el establecimiento carece de las instalaciones idóneas a dicho fin.
- 6.4. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, por ejemplo: perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
- 6.5. Daños genéticos
- 6.6. Daños sufridos por cualquier persona que ejerza actividades profesionales o científicas en el establecimiento o local del Asegurado, y que por el ejercicio de esa actividad se encuentre expuesta a los riesgos de rayos y radiación materia de esta cobertura.

INC	NOMBRE	DEPARTAMENTO	CEDULA	EXPERIENCIA
1	MARCELA REYES VALENCIA	ENFERMERIA	3090538	24 AÑOS
2	DOLORES VEGA GONZALEZ	ENFERMERIA	3158043	19 AÑOS
3	MARIA INES FLORES AVILA	ENFERMERIA	1612625	13 AÑOS
4	MARIA LUISA MIRANDA MELO	ENFERMERIA	6430994	18 AÑOS
5	MARIA DEL ROCIO DELOIZA DE LA ROSA	ENFERMERIA	3156160	17 AÑOS
6	MARTHA ELISA FLORES DOMINGUEZ	MEDICO	1696038	16 AÑOS
7	GRACIELA VERGARA HIGAREDA	ENFERMERIA	1021584	15 AÑOS
8	MARIA DEL PILAR ROJAS CORTES	ENFERMERIA	2625716	10 AÑOS
9	SALVADOR BALDERAS TRUJILLOS	ENFERMERIA	6008689	8 AÑOS
10	ROSA ISELA ROMAN ROMAN	QUIROFANO	1511376	7 AÑOS
11	ANA MARIA CHAVEZ SANCHEZ	QUIROFANO	1361482	6 AÑOS
12	FERNANDO ALBERTO GONZALEZ PRECOMA	MEDICO	4837271	5 AÑOS
13	NORA GABRIELA FLORES AVILA	ENFERMERIA	4166589	4 AÑOS
14	AURORA PATRICIA VILLALPA RAMOS	ENFERMERIA	4956563	4 AÑOS
15	PATRICIA FLORES GALINDO	ENFERMERIA	TRAMITE	4 AÑOS
16	ERICK SANCHEZ JARAMILLO	ENFERMERIA	TRAMITE	2 AÑOS
17	FAUSTINA BRAVO MARTINEZ	ENFERMERIA	2320764	10 MESES
18	TRINIDAD FLORES CRUZ	ENFERMERIA	TRAMITE	10 MESES
19	DANIELA NAVA CRUZ	ENFERMERIA	TRAMITE	8 MESES
20	MARCELA PORTUGAL RODRIGUEZ	ENFERMERIA	TRAMITE	8 MESES
21	SELENE ISABEL PACHECO CEDENO	MEDICO	6013018	5 MESES
22	CARLOS EDUARDO CARRILLO ORDAZ	EPIDEMIOLOGIA	812516	5 MESES
23	GUADAULUE ATENEA AVILEZ ARTEAGA	ENFERMERIA	8701325	5 MESES
24	MARCO ANTONIO SEGURA SILVA	MEDICO	6712671	3 MESES
25	MARCO ANTONIO AVELINO TERRONES	ENFERMERIA	7842614	2 MESES
26	BELEN CONDE LABASTIDA	ENFERMERIA	4404299	2 MESES



reinventando / los seguros

ESPECIFICACION DE BIENES
Responsabilidad Civil, Clínicas y Hospitales

Póliza No. : RNA423470100

Endoso No. : RNA42347 Ubicación No. : 1

27	ALEJANDRA DANIELA CARDENAS SANCHEZ	NUTRICION	8162648	2 MESES
----	------------------------------------	-----------	---------	---------

