



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

INCMN/708/7/SS/071/19



CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS (ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALIZACIÓN) QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN, A QUIEN EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ “EL INSTITUTO”, REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL DOCTOR DAVID KERSHENOBICH STALNIKOWITZ, EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR GENERAL; Y POR LA OTRA, SEGUROS VE POR MÁS S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MAS, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “SEGUROS BX+”, REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR HUMBERTO GOYCOOLEA HEREDIA Y MANUEL HÉRNANDEZ ÁVILA EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTES LEGALES, DE CONFORMIDAD CON LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

DECLARACIONES

I. “EL INSTITUTO”, DECLARA A TRAVÉS DE SU DIRECTOR GENERAL QUE:

- I.1. Es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, regido por la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación, el veintiséis de mayo del año dos mil; y que dentro de sus facultades se encuentran la de coadyuvar al funcionamiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud, así como la de proporcionar consulta externa y atención hospitalaria a la población que requiera atención en su área de especialización y afines, en las instalaciones que para el efecto disponga, con criterios de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios, sin que las cuotas de recuperación desvirtúen la función social de “EL INSTITUTO”.
- I.2. El Dr. David Kershenobich Stalnikowitz, en su calidad de Director General, según consta en la Protocolización de Nombramiento, en el Acta número ciento cuarenta y siete mil ciento cinco, de fecha 17 de julio de 2017, otorgada ante la fe del Lic. Ignacio Soto Borja y Anda, Titular de la Notaría Pública No. 129 del Distrito Federal, actualmente Ciudad de México, tiene facultades para representar en este acto a “EL INSTITUTO” de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 19, fracción I de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
- I.3. “EL INSTITUTO” cuenta con instalaciones, equipo médico quirúrgico de primer orden y personal altamente capacitado para proporcionar los servicios médicos subrogados objeto de este convenio.
- I.4. “EL INSTITUTO” tiene su domicilio ubicado en la Avenida Vasco de Quiroga número 15, Colonia Belisario Domínguez Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, Código Postal 14080, en la Ciudad de México y su Registro Federal de Contribuyentes es: **INC710101RH7**.

Avenida Vasco de
Quiroga No. 15
Colonia Belisario
Domínguez Sección XVI
Delegación Tlalpan
Código Postal 14080
Ciudad de México
Tel. (52-55)54870900
www.incmnsz.mx



INCMN/708/7/SS/071/19



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

II. "SEGUROS BX+" DECLARA A TRAVÉS DE SUS REPRESENTANTES LEGALES QUE:

- II.1. Es una Sociedad Mercantil legalmente constituida bajo las leyes de la República Mexicana, lo que se acredita en términos de la Escritura Pública número 35, del 1° de octubre de 1940, pasada ante la fe del Licenciado Alonso Sansores, Notario Público número 3 de Mérida, Yucatán, cuyo primer testimonio quedo inscrito bajo el número 3,323, partida 2ª, folios 158, tomo 46, libro 5° del Registro Público de la Propiedad y del comercio de Mérida, Yucatán, con fecha 06 de noviembre de 1940.
- II.2. Que mediante escritura pública número 82,425 de fecha 16 de noviembre de 2016, otorgada ante la fe del licenciado Luis Antonio Montes de Oca Mayagoitia, titular de la Notaría Pública No. 29 del Distrito Federal actualmente Ciudad de México, se reforman los estatutos y el cambio de denominación a la de Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más, cuyo primer testimonio quedó debidamente inscrito en el Registro Público de Comercio del Distrito Federal actualmente Ciudad de México en el folio mercantil número 89,173 el día 07 de diciembre de 2016.
- II.3. Sus representantes legales cuentan con facultades suficientes para obligar a su representada en términos del presente convenio, tal y como lo acreditan con la escritura pública número 82,869 de fecha 21 de febrero de 2017 otorgada a favor de Humberto Goycoolea Heredia, y la escritura pública número 86,234 de fecha 03 de diciembre de 2018 otorgada a favor de Manuel Hernández Ávila, ambas concedidas ante la fe del Lic. Luis Antonio Montes de Oca Mayagoitia, titular de la Notaría Pública número 29 de la Ciudad de México, manifestando bajo protesta de decir verdad, que a la fecha en que se suscribe el presente convenio, dichas facultades no les han sido revocadas ni modificadas de forma alguna.
- II.4. Cuenta con autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para funcionar como Institución de Seguros y practicar operaciones de vida, accidentes y enfermedades y daños.
- II.5. Tiene la capacidad legal para contraer obligaciones conforme a la escritura que refiere la declaración II.2 y II.3
- II.6. Señala como domicilio para oír y recibir todo tipo de notificaciones y documentos el ubicado en Avenida Paseo de la Reforma Número 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México.
- II.7. Su registro Federal de Contribuyentes es **SMS401001573**.
- II.8. Que es de su interés que "EL INSTITUTO" le proporcione servicios médicos subrogados para sus "ASEGURADOS", en todas y cada una de las ramas de la medicina y que es de primordial interés, teniendo pleno conocimiento de que dichos servicios se cobran bajo la modalidad de cuotas de recuperación, y por tal motivo, dicha solicitud se formalizo mediante oficio de fecha 10 de septiembre de 2018, suscrito por el Ing. José Ricardo Casarrubias Sosa, en su carácter de Gerencia Gestión Socios de

Avenida Vasco de Quiroga No. 28
Colonia Belisario Domínguez Sección XVI
Delegación Tlalpan
Código Postal 14080
Ciudad de México
Tel. (52-55)54870900
www.incmnsz.mx



INCMN/708/7/SS/071/19



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

Expuesto lo anterior, las partes sujetan su compromiso a la forma y términos siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA. OBJETO: “EL INSTITUTO” proporcionará dentro de sus instalaciones, en la medida de sus posibilidades y en el ámbito de su competencia, a los asegurados que autorice “**SEGUROS BX+**”, servicios médicos subrogados (atención médica y hospitalización) relacionados en adultos en disciplinas biomédicas vinculadas con la medicina interna de su alta especialidad y las relacionadas con la nutrición, que por escrito le sea requerido para sus “**ASEGURADOS**” a través de la **Carta de Autorización** que se adjunta al presente como **Anexo Uno**, que firmada por las partes forma parte integrante del presente Convenio.

SEGUNDA. OBLIGACIONES DE “EL INSTITUTO”. Para la ejecución del presente convenio “**EL INSTITUTO**” se compromete a:

- a) Proporcionar, en la medida de sus posibilidades y en el ámbito de su competencia, los servicios médicos que le solicite por escrito “**SEGUROS BX+**” para sus “**ASEGURADOS**”, con base en la categoría correspondiente al nivel de **clasificación número 7 del tabulador** de cuotas de “**EL INSTITUTO**” que se encuentre vigente a la fecha de la atención otorgada.
- b) “**EL INSTITUTO**” tiene atribuciones para verificar los datos que se consignan en la Carta de Autorización emitida por “**SEGUROS BX+**” y pedirá a los pacientes una identificación oficial vigente con fotografía.
- c) Presentar mensualmente a “**SEGUROS BX+**” los documentos que amparen las cantidades por concepto de los servicios médicos prestados, a fin de que dicho organismo cubra a “**EL INSTITUTO**” en su totalidad los gastos generados por la atención médica proporcionada a sus “**ASEGURADOS**”.
- d) Practicar a los pacientes hospitalizados y autorizados por “**SEGUROS BX+**” los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que sean necesarios de conformidad con los lineamientos que para el efecto tiene establecidos “**EL INSTITUTO**”, ello implica el suministro de los medicamentos que se requieran para dicha atención siempre que se cuente con ellos en el stock de la Farmacia Institucional. En caso de que no se cuente con dicho medicamento, el paciente deberá comprarlo asumiendo el costo que por ello se genere y deberá gestionar su reembolso ante “**SEGUROS BX+**” **Esto último aplicará también en el caso de algún insumo o equipo médico en particular.**

Avenida Vasco de
Quiroga No. 15
Colonia Belisario
Dominguez Sección XVI
Delegación Tlalpan
Código Postal 14080
Ciudad de México
Tel. (52-55)54870900
www.incmnsz.mx



INCMNI/708/7/SS/071/19



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

- e) Integrar el expediente clínico por cada paciente referido por **"SEGUROS BX+"**, en apego estricto a las disposiciones establecidas por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.
- f) Conservar el expediente clínico de los pacientes por un periodo mínimo de 5 (cinco) años contados a partir de la fecha de la última revisión médica, en apego estricto a las disposiciones establecidas por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.
- g) Los expedientes son confidenciales y propiedad de **"EL INSTITUTO"** de conformidad con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012, quien únicamente otorgará información de carácter médico al paciente o a quien éste autorice, bajo el entendido de que **"SEGUROS BX+"** no podrá tener acceso a la misma sólo por el hecho de cubrir el costo de los servicios médicos. En caso de requerirse un resumen clínico deberá solicitarse por escrito y sólo por el paciente, sus autorizados, o autoridad competente.

TERCERA. OBLIGACIONES DE "SEGUROS BX+" Para la realización del presente Convenio **"SEGUROS BX+"** se obliga a:

- a) Referir a sus **"ASEGURADOS"** que requieran atención médica-hospitalaria a **"EL INSTITUTO"**, de conformidad con la **Carta de Autorización** que se adjunta al presente Convenio. Los pacientes deberán presentar la Carta de Autorización debidamente requisitada y firmada por parte de **"SEGUROS BX+"**, ya que sin ésta los gastos erogados serán a cargo del paciente.

La solicitud de prestación de Servicios hecha por **"SEGUROS BX+"**, a través de la **Carta de Autorización**, conlleva autorización para que **"EL INSTITUTO"** brinde la atención médica que se requiera para el **"ASEGURADO"** referido y el compromiso de pago de los gastos médico-hospitalarios que por ello se generen, por lo que **"SEGUROS BX+"** no podrá objetarlos con posterioridad.

- b) Hacer del conocimiento de sus **"ASEGURADOS"** referidos que para su atención médica u hospitalaria que durante su estancia en las instalaciones de **"EL INSTITUTO"**, deberán respetar los reglamentos y órdenes que lo rigen.
- c) Hacer del conocimiento de sus **"ASEGURADOS"** referidos que en caso de hospitalización, le serán suministrados los medicamentos que se requieran para su atención médica, siempre que se cuente con ellos en el stock que se tenga en la Farmacia Institucional, bajo el entendido de que si no se cuenta con dicho medicamento, el paciente deberá comprarlo asumiendo el costo que por ello se genere y deberá gestionar su reembolso ante **"SEGUROS BX+"**. Esto último aplicará también en el caso de algún insumo o equipo médico en particular.

Avenida Vasco de
Quiroga No. 15
Colonia Belisario
Domínguez Sección XVI
Delegación Tlalpan
Código Postal 14080
Ciudad de México
Tel. (52-55)54870900
www.incmnsz.mx



INCMN/708/7/SS/071/19



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

- d) Hacer del conocimiento que **"EL INSTITUTO"** no proporciona los medicamentos prescritos por los médicos a los pacientes que acudan a consulta externa en alguna de las especialidades en las que se brinda servicios.
- e) Informar a los **"ASEGURADOS"** referidos que en caso de que deseen egresar voluntariamente de las instalaciones de **"EL INSTITUTO"**, aún en contra de recomendación médica, deberán suscribir la Carta de Alta Voluntaria, documento en el que se expresarán claramente las razones que motivan su egreso, responsabilizándose de cualquier situación que pudiera presentarse después del evento, misma que deberá ser avalado por dos testigos idóneos, de los cuales, uno será designado por **"EL INSTITUTO"** y el otro por el paciente.
- f) Eximir de toda responsabilidad a **"EL INSTITUTO"** en caso de que uno de los pacientes referidos por **"SEGUROS BX+"** egresen voluntariamente de las instalaciones de **"EL INSTITUTO"**, aún en contra de recomendación médica.
- g) Queda establecido que la negativa de los pacientes de **"SEGUROS BX+"** a recibir la atención médica u hospitalaria que requieran, no lo libera de pagar los gastos que efectivamente se hayan generado, por lo que éste deberá responder por los mismos.
- h) Pagará a **"EL INSTITUTO"** dentro de los veinte días hábiles siguientes al día en que reciba la cuenta de gastos y/o factura por los servicios de atención médica u hospitalaria brindada a sus **"ASEGURADOS"**, de conformidad con lo establecido en la cláusula **SEXTA** del presente documento.
- i) Respetar los reglamentos internos y horarios de **"EL INSTITUTO"** para la prestación de los Servicios, materia del presente Convenio.
- j) Proporcionar a **"EL INSTITUTO"** toda la información y documentos necesarios para que sus **"ASEGURADOS"** reciban los servicios adecuados.

CUARTA. CONDICIONES DEL SERVICIO

- I. **"SEGUROS BX+"** tiene pleno conocimiento de que **"EL INSTITUTO"** no suministra medicamentos a sus pacientes, a reserva de los que se requieran cuando estos se encuentren hospitalizados, bajo el entendido de que dicho suministro va en función de su stock y cuadro básico y que dichos conceptos se cobran en la cuenta de dicho paciente.
- II. No incluye tratamiento de ningún padecimiento, sea de alto o bajo costo.
- III. Que la atención médica u hospitalaria que **"EL INSTITUTO"** brinda al paciente se hace a través de la planta médica de **"EL INSTITUTO"**, pudiendo ser médicos de base, médicos residentes y profesionales

Avenida Vasco de Quiroga No. 15
Colonia Belisario
Dominguez Sección XVI
Delegación Tlalpan
Código Postal 14080
Ciudad de México
Tel. (52-55)54870900
www.incmnsz.mx



INCMNI/708/7/SS/071/19



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

de la salud en entrenamiento, quienes la brinden, bajo el entendido de que dicho personal médico puede variar de acuerdo al día y hora de tratamiento.

Para una atención médica adecuada al problema de salud del paciente **"EL INSTITUTO"** realizará estudios de laboratorio y clínicos a fin de tener un diagnóstico cierto sobre el padecimiento y así determinar el tratamiento adecuado, estudios que deberán ser cubiertos por **"SEGUROS BX+"**.

QUINTA. CUOTAS DE RECUPERACIÓN. **"LAS PARTES"** convienen que las cuotas de recuperación que servirán de base para el cobro que se genere a **"SEGUROS BX+"** por la prestación de los servicios objeto de este Convenio, serán las que rijan para el nivel de clasificación **número 7 del tabulador** de Cuotas de Recuperación vigente para **"EL INSTITUTO"** al momento en que se proporcionen los servicios objeto de este convenio, por lo que **"SEGUROS BX+"** se obliga a cubrir de manera íntegra el monto generado con base en las mismas.

Los montos de las cuotas de recuperación vigentes al momento de la firma del presente instrumento se incluyen en el **Anexo Dos** del presente Convenio, que firmado por las partes forma parte integrante del mismo.

En caso de incremento de las cuotas de recuperación durante la vigencia de este convenio, previamente a la entrada en vigor de dicho incremento, **"EL INSTITUTO"** proporcionará el nuevo tabulador de cuotas de recuperación a **"SEGUROS BX+"** mediante comunicación otorgada por escrito, surtiendo sus efectos a partir del momento en que oficialmente sea notificado, por lo tanto se obliga a acatar los incrementos que procedan conforme al tabulador de cuotas de recuperación que se haga de su conocimiento.

SEXTA. MONTO Y FORMA DE PAGO. **"LAS PARTES"** convienen que el monto mensual a pagar por **"SEGUROS BX+"** será calculado por **"EL INSTITUTO"**, a través de la Coordinación de Servicios Subrogados, y éste será el resultado de la sumatoria del precio unitario que corresponda a cada servicio proporcionado a sus **"ASEGURADOS"** en dicho período, de acuerdo al nivel 7 del Tabulador de Cuotas de Recuperación vigente.

"LAS PARTES" convienen en que el pago por concepto de los servicios subrogados objeto de este convenio, lo hará **"SEGUROS BX+"** dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de recepción de las facturas, las cuales serán enviadas en archivo PDF y XML, en días hábiles de lunes a viernes, en un horario de 10:00 a 18:00 horas, a la dirección electrónica facturacion.seguros@segurosvepormas.com y pago.digital@segurosvepormas.com

En caso de errores y/o deficiencias detectadas en las facturas electrónicas, **"SEGUROS BX+"** deberá notificar en los primeros tres días del término a que se refiere el párrafo anterior a **"EL INSTITUTO"** mediante oficio dirigido al Departamento de Tesorería, quien subsanará y enviará nuevamente las facturas electrónicas

Avenida Vasco de
Quiroga No. 15
Colonia Belisario
Domínguez Sección XVI
Delegación Tlalpan
Código Postal 14080
Ciudad de México
Tel. (52-55)54870900
www.incmnsz.mx



**INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN**

INCMN/708/7/SS/071/19



en un término de tres días hábiles, posteriores a la fecha de recepción de dicha notificación, a efecto de que **“SEGUROS BX+”** cumpla con el plazo de pago, a que se refiere el primer párrafo de la presente cláusula.

Los pagos se efectuarán en moneda nacional a través del sistema de depósito electrónico de la Tesorería de la Federación, en la Institución bancaria denominada HSBC con clave interbancaria 021180041007274878 a favor de **“EL INSTITUTO”**, en el Catálogo de Beneficiarios del Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF). Una vez efectuado dicho depósito, deberá Notificar a **“EL INSTITUTO”** a los correos siguientes: **alessandra.munguias@incmnsz.mx** Alessandra Munguía Saldaña, con copia a **rebeca.terrazast@incmnsz.mx** a nombre de la Lic. Rebeca Terrazas Torres.

SÉPTIMA. SUSPENSIÓN DE SERVICIOS. **“SEGUROS BX+”** acepta y conviene que en caso de que no realice, en tiempo y forma, el pago de los servicios médicos que se le hayan facturado, **“EL INSTITUTO”** podrá suspender la prestación de los servicios objeto de este instrumento hasta en tanto no se realicen los pagos correspondientes, una vez cubiertos los adeudos, el servicio será restablecido.

No obstante lo anterior, los servicios programados o iniciados no podrán suspenderse hasta su conclusión, con el fin de evitar poner en riesgo al paciente, quien deberá cubrirlos directamente y solicitar su reembolso a **“SEGUROS BX+”**.

“LAS PARTES” convienen que los montos generados después del periodo de facturación y hasta el día de la suspensión de los servicios, serán calculados y facturados para su respectivo cobro, por lo que **“SEGUROS BX+”** deberá cubrirlos de forma inmediata.

Para efectos del cobro de facturas pendientes por pagar, **“EL INSTITUTO”** realizará las gestiones de cobro que considere pertinentes.

OCTAVA. VIGENCIA. La vigencia del presente convenio será **indefinida**, la cual podrá ser prorrogada si **“LAS PARTES”** así lo acuerdan.

NOVENA. RESCISIÓN. **“LAS PARTES”** podrán rescindir el presente convenio sin necesidad de declaración judicial alguna, con el sólo hecho de comunicar su decisión por escrito a la contraparte con treinta días naturales de anticipación, para el caso de que ésta incumpla cualquiera de las obligaciones estipuladas a su cargo.

En caso de que **“SEGUROS BX+”** no cubra el pago a **“EL INSTITUTO”** dentro de los veinte días hábiles a los que se refiere la **CLÁUSULA SEXTA** del presente Convenio, éste requerirá a **“SEGUROS BX+”** mediante notificación por escrito que el pago sea cubierto de forma inmediata, si éste no se efectúa dentro de los tres días naturales posteriores a la fecha de notificación del requerimiento, **“EL INSTITUTO”** tendrá la facultad de rescindir el presente convenio mediante notificación por escrito y sin necesidad de declaración judicial.

Avenida Vasco de
Quiroga No. 15
Colonia Belisario
Dominguez Sección XVI
Delegación Tlalpan
Código Postal 14080
Ciudad de México
Tel. (52-55)54870900
www.incmnsz.mx



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

INCMN/708/7/SS/071/19



Lo anterior, sin perjuicio de que se continúe con la gestión de cobro de los pagos adeudados.

DÉCIMA. PENA CONVENCIONAL. En el caso de que “**SEGUROS BX+**” no pague a “**EL INSTITUTO**” dentro de los veinte días hábiles siguientes el monto facturado por los servicios médicos subrogados que le fueron proporcionados, se hará acreedor a la aplicación de una pena convencional equivalente al 1% (uno por ciento) por cada día de atraso natural en el pago de la factura correspondiente hasta el día en que esta se cubra.

“**EL INSTITUTO**” designa al Departamento de Tesorería como encargado de calcular y hacer la gestión de cobro de dicha penalización.

DÉCIMA PRIMERA. TERMINACIÓN ANTICIPADA. “**LAS PARTES**” acuerdan que podrán dar por terminado en cualquier momento el presente Convenio a solicitud de cualquiera de ellas, previa notificación por escrito realizada a la otra con por lo menos con treinta días naturales de anticipación, en cuyo caso se tomarán las medidas necesarias para evitarse perjuicios mutuos o a terceros (“**ASEGURADOS**”), así como para concluir las acciones que se hubieran iniciado, salvo pacto en contrario.

En este caso, “**SEGUROS BX+**” se compromete a reembolsar a “**EL INSTITUTO**” los gastos en que haya incurrido para la ejecución de los servicios médicos subrogados al momento de la terminación anticipada, siempre que éstos sean razonables, estén comprobados y se relacionen directamente con el presente Convenio, así como a cubrir los servicios devengados cuyo pago se encuentre pendiente por cualquier motivo.

DÉCIMA SEGUNDA. MODIFICACIONES AL CONVENIO. “**LAS PARTES**” acuerdan que para cualquier modificación o variación a los términos y condiciones pactadas en este Convenio, deberá solicitarse por escrito con quince días naturales de antelación y formalizarse a través del convenio modificatorio correspondiente, sin estos requisitos no será válida.

DÉCIMA TERCERA. SUBROGACIÓN. “**SEGUROS BX+**” está de acuerdo en que para el caso de que “**EL INSTITUTO**” se vea en la necesidad de subrogar algún tipo de servicio médico por tratarse de padecimientos ajenos a las especialidades que tratan, ésta será facultad exclusiva de “**EL INSTITUTO**”, por lo que no requerirá de la autorización previa de “**SEGUROS BX**”.

Sin perjuicio de lo anteriormente acordado, “**EL INSTITUTO**” se compromete a dar aviso inmediato de la subrogación a “**SEGUROS BX+**” cuando ésta proceda.

El costo de los servicios subrogados será a cargo exclusivo de “**SEGUROS BX+**” por lo que éste se pondrá en contacto con la institución que preste el servicio que se subroga para tales efectos, tan pronto como “**EL INSTITUTO**” se lo haga de su conocimiento.

Avenida Vasco de
Quiroga No. 15
Colonia Belisario
Domínguez Sección XVI
Delegación Tlalpan
Código Postal 14080
Ciudad de México
Tel. (52-55)54870900
www.incmnsz.mx



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

INCMN/708/7/SS/071/19



Las partes acuerdan que **"EL INSTITUTO"** no adquiere responsabilidad profesional alguna, por la prestación de servicios subrogados mencionados en la presente cláusula.

DÉCIMA CUARTA. CESIÓN DE DERECHOS. "SEGUROS BX+" por ningún motivo podrá ceder total o parcialmente los derechos y obligaciones estipuladas en este convenio.

DÉCIMA QUINTA. RELACIONES LABORALES. Queda expresamente estipulado que las partes suscriben el presente Convenio en atención a que cada una de ellas cuenta con el personal necesario y los elementos propios para realizar las actividades de su objeto, por lo tanto, aceptan que en relación con el personal que llegara a trabajar con motivo de la ejecución de este instrumento legal, no existirá relación alguna de carácter laboral con la contraparte, por lo que no podrá considerárseles como patrones sustitutos o solidarios y cada una de ellas asumirá las responsabilidades que de tal relación les correspondan.

DÉCIMA SEXTA. RESPONSABILIDAD. "EL INSTITUTO", sus empleados o personal autorizado para brindar u ofrecer los servicios objeto del presente Convenio, serán responsables por cualquier daño físico, moral o de cualquier otra naturaleza que se pudiera ocasionar al paciente, por impericia, negligencia, falta de atención, utilización de equipos, materiales, instrumentos, sustancias peligrosas, inadecuadas, obsoletas, etc., que legal y judicialmente hayan sido imputados a **"EL INSTITUTO"** y que deriven de los procedimientos Médico-quirúrgicos que en éste se hayan realizado, siempre que así lo determine la autoridad competente.

DÉCIMA SÉPTIMA. CONFIDENCIALIDAD: "LAS PARTES" están de acuerdo en que toda la información que contiene datos personales concernientes a una persona identificada o identificable que sea referida de **"SEGUROS BX+"** a **"EL INSTITUTO"**, por sí o por conducto de sus representantes, con motivo de este Convenio, es de índole estrictamente confidencial.

Toda información y documentación que se presenten y/o genere con motivo de llevar a cabo el objeto del presente convenio, **"LAS PARTES"** le darán un tratamiento de conformidad a los principios de confidencialidad y reserva establecidos en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados y demás leyes relativas y sus reglamentos, en virtud de lo cual guardaran estricta confidencialidad respecto de la información y resultados que se produzcan en virtud del presente instrumento jurídico.

DÉCIMA OCTAVA. JURISDICCIÓN: Para la interpretación y cumplimiento de este Convenio, así como para todo aquello que no esté expresamente estipulado en el mismo, las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales Federales en la Ciudad de México, por lo tanto **"SEGUROS BX+"** renuncia al fuero que pudiera corresponderle por razón de su domicilio presente o futuro.

Leído que fue el presente Convenio y enteradas las partes del contenido y consecuencias legales, se firma en tres ejemplares en la Ciudad de México, el 15 de noviembre del año 2019

Avenida Vasco de
Quiroga No. 15
Colonia Belisario
Domínguez Sección XVI
Delegación Tlalpan
Código Postal 14080
Ciudad de México
Tel. (52-55)54870900
www.incmnsz.mx



**INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN**

INCMN/708/7/SS/071/19



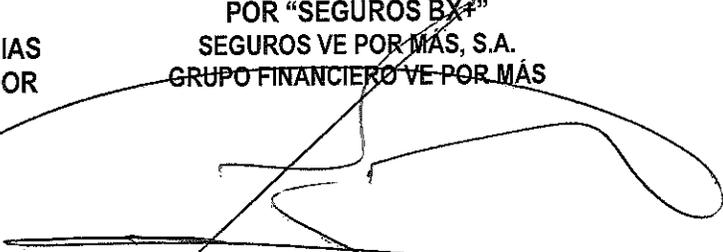
2019
AÑO DEL GAUDILLO DEL SUR
EMILIANO ZAPATA

**POR "EL INSTITUTO"
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR
ZUBIRÁN**

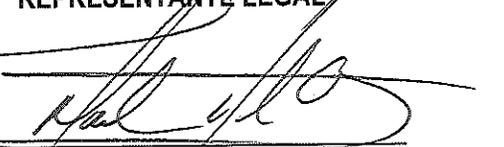
**POR "SEGUROS BXF"
SEGUROS VE POR MÁS, S.A.
GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS**



**DR. DAVID KERSHENOBICH STALNIKOWITZ
DIRECTOR GENERAL**



**HUMBERTO GOYCOOLEA HEREDIA
REPRESENTANTE LEGAL**



**MANUEL HERNÁNDEZ AVILA
REPRESENTANTE LEGAL**

TESTIGOS



**DR. JOSÉ SIFUENTES OSORNIO
DIRECTOR DE MEDICINA**



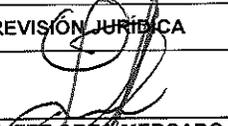
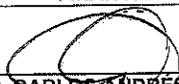
**EDUARDO CAMARGO LÓPEZ
SUBDIRECTOR PROVEEDORES Y
TRANSFORMACIÓN**



**LIC. REBECA TERRAZAS TORRES
COORDINADORA DE SERVICIOS
SUBROGADOS Y SEGURO POPULAR**



**JOSE RICARDO CASARRUBÍAS SOSA
GERENCIA GESTIÓN SOCIO DE
NEGOCIO**

REVISIÓN JURÍDICA	VO BO. ADMINISTRATIVO/ FINANCIERO
	
LIC. LIZET OREA MERCADO JEFE DE DEPARTAMENTO ASESORÍA JURÍDICA	L.C. CARLOS ANDRÉS OSORIO PINEDA DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

ESTA FOJA CORRESPONDE AL CONVENIO DE COLABORACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALIZACIÓN NÚMERO INCMN/708/7/SS/071/19 QUE SE FORMALIZA ENTRE EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN Y SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS, CON FECHA 15 DE NOVIEMBRE DE 2019

Avenida Nutrición
Quiroga 15
Colonia Belisario
Domínguez Sección XVI
Delegación Tlalpan
Código Postal 14080
Ciudad de México
Tel. (52-55)54870900
www.incmnsz.mx



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

INCMNI/708/7/SS/071/19



ANEXO UNO
CARTA COBERTURA

Ciudad de México, ___ de _____ del 20__.

A Toda nuestra Red de Proveedores Médicos:

Por este conducto hacemos constar que _____ está afiliado al Servicio de Gastos Médicos Mayores que la empresa SEGUROS BX+ tiene contratado a partir del _____ - con número de póliza: _____ - certificado Beneficiario _____.

Por lo anterior se le brinde la atención médica a la persona antes mencionada y a su beneficiario:

En tal caso, le agradecemos nos comunique el ingreso de nuestro asegurado a su institución al Centro de Atención Telefónica (CAT REPORTE HOSPITALARIO) al **01 800 830 3676, opción 2, luego opción (Reportar un Siniestro).**

ATENTAMENTE

Siniestros Personas Seguros BX+

El formato anterior se realiza individualmente por cada derechohabiente y se deberá de dirigir al Dr. David Kershenobich.

Avenida Vasco de
Quiroga No. 15
Colonia Belisario
Domínguez Sección XVI
Delegación Tlalpan
Código Postal 14080
Ciudad de México
Tel. (52-55)54870900
www.incmnsz.mx