

CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS DE SALUD QUE CELEBRAN, LA SECRETARÍA DE SALUD DE BAJA CALIFORNIA SUR Y EL INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA CALIFORNIA SUR, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO "LA SECRETARÍA", REPRESENTADO POR EL DR. VIRGILIO JIMÉNEZ PATIÑO, EN SU CARÁCTER DE SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA CALIFORNIA SUR, EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO "EL IMSS", REPRESENTADO POR EL LIC. FRANCISCO JAVIER BERMÚDEZ ALMADA, EN SU CARÁCTER DE DELEGADO REGIONAL EN BAJA CALIFORNIA SUR, Y EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO EN BAJA CALIFORNIA SUR, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO "EL ISSSTE", REPRESENTADO POR EL C.P. REYNALDO PERAZA PERAZA, EN SU CARÁCTER DE SUBDELEGADO DE ADMINISTRACIÓN, A QUIENES DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ COMO "LAS PARTES", AL TENOR DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS.

ANTECEDENTES

- I. El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en la Meta II. "México Incluyente", específicamente en el objetivo 2.3. Plantea asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud, considerando entre sus estrategias avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal así como garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, con independencia de la condición social o laboral de los mexicanos, para lo cual se plantea contribuir a la consolidación de los instrumentos y políticas necesarias para la integración efectiva del Sistema Nacional de Salud.
- II. El Plan Sectorial de Salud 2013-2018 establece en el objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad planteando en su estrategia 2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana independientemente de su condición social o laboral y en el objetivo 6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. Con el fin de contribuir al logro de dichos objetivos se lleva a cabo la estrategia de intercambio de servicios interinstitucional mediante la cual se pretende la integración funcional del Sector como medida encaminada a la universalización de los servicios.
- III. Con base en lo anterior y en congruencia con lo que establecen los artículos 4, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 6, fracción I y 33, fracción II, de la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud promovió la suscripción de un Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios, que se formalizó el día 12 del mes de mayo de 2011, al que en lo sucesivo se le denominará como "EL ACUERDO GENERAL", entre las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, el cual tiene por objeto fijar los lineamientos generales para la formalización de los compromisos que permitan intercambiar servicios de atención médica entre las Delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), las unidades médicas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), de la Secretaría de Salud, de los Servicios Estatales de Salud, los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Generales y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad a través de la definición y adopción del "CATÁLOGO NACIONAL DE SERVICIOS, INTERVENCIONES, AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO Y TABULADOR DE TARIFAS MÁXIMAS REFERENCIALES", contenidos en sus Anexos, con la finalidad de incidir en la optimización de la infraestructura y recursos disponibles en el sector salud para la atención de la salud, mejorar la oportunidad y la calidad de los servicios de atención médica y brindar posibilidades de atención a grupos de población con padecimientos específicos y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad.
- IV. Que en el inciso a) de la Cláusula TERCERA de "EL ACUERDO GENERAL" se establece que: "a) "LAS PARTES", que prestan servicios de atención médica, se comprometen a promover en primer término la celebración de convenios específicos derivados del presente Acuerdo General, a fin de establecer de manera detallada los compromisos, obligaciones y mecanismos y garantías de pago que asumen para el intercambio de servicios de atención médica entre las instituciones del sector público de acuerdo a la normatividad aplicable y sujetos a la disponibilidad presupuestal correspondiente".

- V. Que en la Cláusula SEXTA de "EL ACUERDO GENERAL" se establece que: "... los términos y condiciones establecidos en el presente Acuerdo General serán obligatorios para sus instalaciones, delegaciones, unidades médicas y administrativas centrales y descentradas, según sea el caso".
- VI. Que en fecha primero de septiembre del año dos mil once se constituyó y se declaró formalmente instalada "LA COMISIÓN", conforme a lo establecido en la Cláusula DÉCIMA SEGUNDA de "EL ACUERDO GENERAL", en su Reunión de Instalación y Primera Reunión Ordinaria, y que en la Segunda Reunión Ordinaria de "LA COMISIÓN", realizada el día catorce de noviembre del año dos mil once, se aprobaron sus Reglas de Operación, con la finalidad de dar cumplimiento a las obligaciones y atribuciones que se le confieren en "EL ACUERDO GENERAL".
- VII. "LAS PARTES", tomando en consideración que disponen de la infraestructura, recursos humanos, financieros y materiales necesarios para otorgar y recibir los servicios médicos a través del intercambio de servicios, conforme a los términos y condiciones establecidos en "EL ACUERDO GENERAL" y en el presente Convenio Específico, y sujetándose a las disposiciones y normatividad aplicables, manifiestan su voluntad e interés en suscribir el presente Convenio Específico para el Intercambio de Servicios.

DECLARACIONES

I. "EL IMSS" A TRAVÉS DE SU REPRESENTANTE, DECLARA QUE:

- I.1. Es un Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad y patrimonio propios, que tiene a su cargo la organización y administración de la seguridad social, como un servicio público de carácter nacional en términos de los artículos 4 y 5 de la Ley del Seguro Social y goza con facultades para celebrar este tipo de convenios de conformidad con lo establecido en los artículos 1 último párrafo, 3 fracción I y 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 5 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 251 fracciones IV, XXXII de la Ley del Seguro Social.
- I.2. El Lic. Francisco Javier Bermúdez Almada, en su carácter de Titular de la Delegación Regional en Baja California Sur, cuenta con las facultades suficientes para intervenir en el presente instrumento jurídico, de conformidad con lo establecido en los artículos 251-A, de la Ley del Seguro Social; 2, fracción IV, inciso a), 139 y 144, fracciones I y XXII, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, y acredita su personalidad mediante el testimonio de la escritura pública número 67,083, vol. 2399 de fecha 20 de mayo de 2013, otorgada ante la fe del Licenciado Ángel Gilberto Adame López, Titular de la Notaría Pública número 233 del Distrito Federal en el cual se hace constar el Poder General otorgado por el Doctor José Antonio González Anaya, Director General del Instituto, inscrita en el Registro Público de la Propiedad y el Comercio del La Paz, Baja California Sur, bajo el folio mercantil número 270, del volumen XCV SP de la sección de comercio, de fecha 07 de junio de 2013.
- I.3. Que para los fines y efectos legales de este Convenio, señala como su RFC IMS421231-I45 con domicilio legal y fiscal, el ubicado en calle Francisco I. Madero, número 315, entre Héroes del 47 y Heroico Colegio Militar, Colonia Esterito, Código Postal 23020, en la Ciudad de La Paz, en Baja California Sur.
- I.4. Para cubrir las erogaciones que se deriven del presente Convenio, cuenta con recursos disponibles suficientes, no comprometidos en la partidas presupuestal 42062432 de conformidad con el oficio para formalizar adquisiciones con cargo al presupuesto 2015 No. 0990016B3000/1197 de fecha 01 de septiembre del 2014 girado por el Mtro. Jorge. D. Esquinca Anchondo, titular de la Coordinación de Presupuesto e Información Programática.

2/15

- I.5. Que ante la necesidad de mejorar los servicios de atención médica que viene proporcionando "EL IMSS" a sus derechohabientes, requiere de la prestación de servicios interinstitucionales a través del Intercambio de Servicios de Salud los cuales se encuentran descritos en el catálogo específico de servicios, intervenciones, auxiliares de diagnóstico y tratamiento y tabulador de tarifas referenciales.

II. "LA SECRETARÍA" A TRAVÉS DE SU REPRESENTANTE, DECLARA QUE:

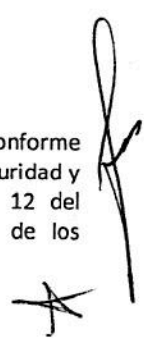
- II.1. Que la Secretaría de Salud de Baja California Sur, es una dependencia de la Administración Pública Centralizada del Estado de Baja California Sur, de conformidad con el Decreto 1096, donde se adiciona el artículo 80 de la Constitución Política del Estado de Baja California Sur, publicado en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado el 22 de octubre de 1996, al cual le corresponde entre otras funciones la protección de la salud de la población sudcaliforniana, de acuerdo a lo estipulado en la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Baja California Sur, en su artículo 16 fracción VI y 26, así como los artículos 2 y 6 de la Ley de Salud para el Estado de Baja California Sur.
- II.2. Que el Instituto de Servicios de Salud de Baja California Sur, es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública del Estado de Baja California Sur, con personalidad jurídica y patrimonio propio, y que tiene como objeto prestar servicios de salud a la población abierta en la entidad, de conformidad con el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud del Estado de Baja California Sur, celebrado por la Secretaría de Salud, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo y el Ejecutivo del estado de Baja California Sur, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de octubre de 1996, así como en el Reglamento Interior del Instituto de Servicios de Salud de Baja California Sur, publicado en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado de Baja California Sur, el día 20 de junio de 2013.
- II.3. La Secretaría de Salud y el Instituto de Servicios de Salud de Baja California Sur respectivamente, se encuentran representados por el Dr. Virgilio Jiménez Patiño, quien cuenta con las atribuciones necesarias para suscribir el presente Convenio Específico, tal como se acredita con su nombramiento de Secretario de Salud y Director General del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Baja California Sur, de fecha 14 de junio de 2013, expedido por el C. Marcos Alberto Covarrubias Villaseñor, Gobernador Constitucional del Estado de Baja California Sur, así como por lo dispuesto en los artículos 2, 16 fracción VI y 26 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Baja California Sur, artículos 2 y 6 de la Ley de Salud para el Estado de Baja California Sur y los artículos 5 fracción III, VI y VII, 25 fracción I, XIV y XVII del Reglamento Interior del Instituto de Servicios de Salud de Baja California Sur, publicado en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado el día 20 de junio de 2013 y el artículo 7 fracción XVIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur, publicado en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado el 10 de abril de 2006.
- II.4 Señala como su domicilio para todos los efectos del presente Convenio Específico el ubicado en calle Revolución número 822, Colonia El Esterito, Código Postal 23020, en la Ciudad de La Paz, Baja California Sur y que cuenta con el Registro Federal de Contribuyentes: a nombre del Instituto de Servicios de Salud de Baja California Sur ISS9806125B3.

III. "EL ISSSTE", A TRAVÉS DE SU REPRESENTANTE, DECLARA QUE:

- III.1 Es un Organismo Público Descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, conforme a lo establecido en los artículos 3, 31, 207 y 208 fracción X de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, así como los artículos 10, 11 y 12 del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los







Trabajadores del Estado, que tiene entre otras atribuciones, coadyuvar a la consolidación del Sistema de Salud, proporcionando servicios médicos e impulsando los estudios, programas, proyectos e investigaciones inherentes a su ámbito de competencia.

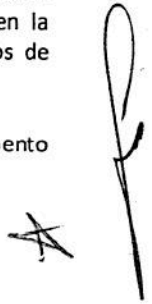
- III.2. Está facultado para contratar los servicios necesarios, en términos de la legislación vigente, para la consecución de los fines para los que fue creado, de conformidad con los artículos 3, 31 y 208 fracción X de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en concordancia con los artículos 10, 11 y 12 del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- III.3. Para cubrir las erogaciones que se deriven del presente instrumento jurídico, cuenta con los recursos disponibles suficientes no comprometidos en la partida presupuestal 339010001 denominada Servicios Médicos Subrogados de Hospitalización con un monto máximo de \$2,823,853.85 (dos millones ochocientos veintitrés mil ochocientos cincuenta y tres pesos 85/100 M.N.) y la partida presupuestal número 339010002 denominada Servicios Médicos de Especialización por un monto máximo de \$4,376,519.81 (cuatro millones trescientos setenta y seis mil seiscientos diecinueve pesos 81/100 M.N.) conforme al oficio DA/1597/2014 de fecha 26 de diciembre del 2014, emitido por C.P. Juan Ahuactzin Ponce, Director de Administración del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en el entendido de que los compromisos establecidos, estarán sujetos a la disponibilidad financiera y presupuestada de acuerdo a los techos comunicados y a los que apruebe la H. Cámara de Diputados para el ejercicio fiscal 2015.
- III.4. Su representante legal, el C.P. Reynaldo Peraza, Subdelegado de Administración del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en la Delegación del Estado de Baja California Sur, se encuentra plenamente facultado para suscribir el presente Convenio Específico, en virtud de contar con Poder General Limitado para Pleitos y Cobranzas, cuya personalidad se acredita en términos de la escritura pública 62,717, libro 1,193, de fecha 21 de agosto del 2013, pasada ante la fe del Lic. Mildred M. Novelo Rivas, notario público No. 27 de México Distrito Federal.
- III.5. Manifiesta su conformidad con celebrar el presente Convenio Específico y señalando como domicilio legal, el ubicado en Avenida México, número 1970, Fraccionamiento Perla, Código Postal 23040, en la Ciudad de La Paz, en Baja California Sur y cuenta con registro federal de contribuyentes: a nombre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISS-600101-5A3 y domicilio fiscal Río Rhin número 3 piso 10 Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, México Distrito Federal C.P. 06500.

IV. DECLARAN "LAS PARTES" DE MANERA CONJUNTA POR CONDUCTO DE SUS REPRESENTANTES LEGALES QUE:

- IV.1. El presente instrumento se formaliza en el marco del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, con el objeto de promover una mayor colaboración entre instituciones, para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada en materia de prestación de servicios de atención médica y contribuir a la integración funcional del Sistema Nacional de Salud.
- IV.2. Con el presente instrumento se implementan acciones con la finalidad de garantizar la prestación de servicios de atención médica, en términos de la normatividad vigente, coadyuvar en la disminución de las brechas existentes, ampliar las oportunidades de acceso a los servicios de salud y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad.
- IV.3. Reconocen la personalidad con la que se ostentan para la celebración del presente instrumento jurídico.







Expuesto lo anterior las partes sujetan su compromiso en la forma y términos que se establecen en las siguientes cláusulas.

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.

El presente Convenio Específico tiene por objeto establecer los compromisos para el intercambio de los servicios de atención médica entre "LAS PARTES" que se otorgarán en sus instalaciones de manera recíproca, de acuerdo a su capacidad instalada en los términos previstos en el presente instrumento y con base en lo especificado en el "Catálogo específico de servicios, intervenciones, auxiliares de diagnóstico y tratamiento y tabulador de tarifas máximas referenciales" en lo sucesivo "EL CATÁLOGO ESPECÍFICO" que conforman el **Anexo I** y el "Tabulador de cuotas de recuperación" en lo sucesivo "EL TABULADOR" que conforman el **Anexo II**, el cual incluye servicios e intervenciones no consideradas en el **Anexo I** del presente instrumento con base en la relación de unidades médicas por institución que participan en el intercambio (**Anexo III**), en adelante la "RELACIÓN" conforme a la disponibilidad presupuestal asignada para tal efecto y en cumplimiento de las disposiciones jurídicas aplicables.

De acuerdo al "CATÁLOGO ESPECÍFICO" se podrán intercambiar los servicios de atención médica que se encuentran actualmente contenidos en el "Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento y Tabulador de Tarifas Máximas Referenciales" establecidos en el "ACUERDO GENERAL", especificados en el **Anexo I** para aquellas intervenciones no contenidas en el "CATÁLOGO NACIONAL" del Acuerdo General, se intercambiarán con base en las tarifas establecidas en el **Anexo II**, mientras se homologan y se establecen las tarifas máximas de referencia.

"LAS PARTES" dispondrán de tres días hábiles a partir de la suscripción del presente Convenio Específico para solicitar a "LA COMISIÓN" la definición de las tarifas máximas referenciales de las intervenciones incluidas en el **Anexo II**, "LA COMISIÓN" contará con noventa días naturales a partir de la recepción de la solicitud de "LAS PARTES" para realizar el procedimiento de aprobación de dichas tarifas por las instancias correspondientes. "LA COMISIÓN" notificará a "LAS PARTES" las tarifas máximas referenciales a considerar para el cobro de los servicios del **Anexo II**.

"LAS PARTES" contarán con diez días hábiles posteriores a la notificación para conciliar las tarifas a las que se sujetarán tomando como referencia las aprobadas, debiendo notificar a "LA COMISIÓN" en un plazo no mayor a cinco días naturales la inclusión de dichas tarifas al "CATÁLOGO ESPECÍFICO", las cuales entrarán en vigor a partir de la fecha de inicio del corte siguiente a la fecha de su inclusión al "CATÁLOGO ESPECÍFICO".

"LAS PARTES", invariablemente podrán tener el carácter de prestador y/o solicitante de los servicios.

SEGUNDA.- LOS COMPROMISOS DE "LAS PARTES".

"LAS PARTES" convienen en obligarse de manera enunciativa, más no limitativa a lo siguiente:

1. Brindar los servicios de atención médica, diagnóstico, intervención y terapéuticos, solicitados con base en lo especificado en el **Anexo I** y **Anexo II**, objeto del presente Convenio Específico, previstos en la Cláusula PRIMERA, de manera oportuna, eficaz y sin discriminación por motivos de edad, sexo, nivel socioeconómico, derechohabencia y padecimiento, conforme a las garantías de calidad y de plazos de atención, especificadas en el Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud.
2. Prestar los servicios señalados en la Cláusula PRIMERA del presente instrumento, conforme a las obligaciones de operatividad establecidas en "EL ACUERDO GENERAL", en el presente Convenio Específico y en el Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud, que como **Anexo IV**, forma parte integrante del presente instrumento.



5/15



3. Ajustar los procedimientos de operación de las unidades médicas, conforme a lo establecido en el Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud y utilizar los "Formatos de Atención Médica y Recibo de Pago" establecidos en dicho manual así como en el Anexo 2 de "EL ACUERDO GENERAL" y en el Anexo VIII y Anexo IX respectivamente del presente instrumento jurídico, para garantizar el intercambio de servicios señalados en la Cláusula PRIMERA de este Convenio.
4. Incluir todos los medicamentos e insumos conforme a los estudios y procedimientos prestados, en la atención médica solicitada, acorde a lo establecido en la Cláusula NOVENA inciso i) de "EL ACUERDO GENERAL".
5. Realizar de manera recíproca un informe mensual en el que se deberá de identificar el número de servicios de atención médica brindados, las fechas en que se otorgaron éstos, la relación de pacientes atendidos, el importe de los pagos realizados y el resultado de la evaluación y seguimiento de los casos, así como de las quejas presentadas por los usuarios, conforme a lo estipulado en el inciso b) de la Cláusula NOVENA de "EL ACUERDO GENERAL"; dicho informe deberá ser entregado a las otras partes dentro de los 5 días hábiles siguientes a la terminación del mes de que se trate (Anexo X).
6. Realizar mensualmente de manera recíproca y conforme a la normatividad aplicable, las conciliaciones respectivas por intercambio de servicios y efectuar los pagos correspondientes de las cantidades que resulten por la prestación de servicios médicos señalados en la Cláusula PRIMERA de este Convenio Específico.
7. Realizar las gestiones necesarias para operar las conciliaciones respectivas y efectuar los pagos por concepto del intercambio de servicios de atención médica objeto del presente instrumento, de acuerdo a sus atribuciones y de conformidad con la normatividad aplicable.
8. Solicitar a "LA COMISIÓN" a que hace referencia la Cláusula DÉCIMA SEGUNDA de "EL ACUERDO GENERAL", el registro del presente Convenio Específico, mediante el envío de copia certificada del mismo, dentro de los siete días hábiles siguientes a su suscripción. Conforme a lo señalado en el párrafo que antecede, el envío de la copia certificada del presente Convenio Específico a "LA COMISIÓN" se realizará por "LA SECRETARÍA".
9. La "COMISIÓN" promoverá la conformación de grupos colegiados en el ámbito estatal, que permitan facilitar la implementación de instrumentos y herramientas para el intercambio de servicios como se establece en el clausula decima segunda del "ACUERDO GENERAL" y con base en lo especificado en el Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud en el inciso 6.1.17 del apartado de disposiciones generales.
10. Solicitar los servicios de atención médica señalados en la Cláusula PRIMERA del presente instrumento, a través del personal autorizado establecido en el Anexo V, mismo que forma parte del presente instrumento.
 - "LAS PARTES" proporcionarán una relación de personal médico el cual se encuentra facultado para autorizar la solicitud de intercambio de servicios (derivación y contraderivación) en cada Unidad Médica y que forma parte integrante del anexo previo referido.
 - "LAS PARTES" proporcionarán una relación de personal que se encuentra facultado para gestionar la operación del intercambio de servicios en la unidades médicas para la atención de los pacientes en las mismas, el cual contendrá por unidad médica, los números telefónicos, correos electrónicos y horarios de atención.
11. Previo a toda derivación (referencia), "LAS PARTES" deberán establecer comunicación telefónica con la dirección de operaciones de las unidades médicas a la cual derivan al paciente, a efecto de conocer la disponibilidad de espacios de acuerdo al servicio requerido, mismos que se proporcionarán a la brevedad posible y de acuerdo a la disponibilidad de las agendas.

12. Es compromiso de "LAS PARTES" enviar a los pacientes para la prestación de los servicios en forma directa, con el formato de solicitud de intercambio de servicios (derivación y contraderivación) en original y una copia, con base en lo establecido en el Manual de Lineamientos del Anexo IV, mismo que deberá tener en forma clara, el nombre y apellido del paciente a quien se le otorgará el servicio, número de afiliación completo expresando si se trata de asegurado o beneficiario, copia de identificación con fotografía del paciente (IFE Vigente, INE Vigente, ADMISS O CARNET DE CITAS Vigentes), servicio que se requiere, sello legible de vigencia de derechos, debidamente firmada por el personal facultado para autorizar dicha solicitud en día hábiles, fines de semana o festivos, mismas que se señalan en el Anexo V de este documento.
13. "LAS PARTES" trasladarán con sus propios recursos a sus pacientes hasta las instalaciones de la Unidad Médica correspondiente para su atención en forma directa, con la solicitud de intercambio de servicios (derivación y contraderivación) en original y una copia, debidamente requisitada. Así mismo cuando los servicios otorgados finalicen, cada una de "LAS PARTES", será el responsable del traslado del paciente a su lugar de origen.
14. "LAS PARTES" informarán a sus derechohabientes que acudan a los servicios de las Unidades Médicas a las que fueron derivados que deberán ajustarse a la reglamentación interna de las mismas durante el tiempo que reciban los servicios médicos, de diagnóstico y/o terapéuticos, cumpliendo en todo momento con las siguientes obligaciones:
 - a. Estar vigente en sus derechos.
 - b. Presentar en original y copia la solicitud de intercambio de servicios (derivación y contraderivación), en donde se indica claramente la fecha de la cita, así como la hora y la especialidad solicitada, el original se entregará al prestador del servicio y la copia deberá conservarla el derechohabiente. Toda documentación, sin excepción, deberá contar con folio de autorización.
 - c. Mostrar la credencial de identificación de la Unidad Médica correspondiente, Cartilla de Salud o de citas médicas con fotografía y sello de la unidad de adscripción, así como Identificación Oficial Vigente, las veces y en los lugares que le sea requerido a satisfacción de la Unidad Médica de cada una de "LAS PARTES".
 - d. La atención solo será prestada al derechohabiente señalado en la solicitud de intercambio de servicios previamente identificado y nunca a una persona distinta. En caso de derechohabientes menores de 16 años, por conducto de su representante o tutor, será necesario invariablemente presentar copia de una Identificación Oficial Vigente, tanto del menor como de su tutor o representante legal, credencial de la Unidad Médica de "LAS PARTES" u otra identificación oficial de su Representante o Tutor.
 - e. Al término de la atención el derechohabiente o una persona de su responsabilidad firmará al calce el documento de solicitud de intercambio de servicios (derivación y contra-derivación) por la satisfacción del servicio recibido.
 - f. En el caso de los pacientes hospitalizados solamente se requerirá el formato de solicitud de intercambio de servicios (derivación y contra-derivación) debidamente firmado y con vigencia de derechos.
15. Presentar a "LA COMISIÓN" por conducto de "LA SECRETARÍA", un informe anual por escrito de cada una de "LAS PARTES" a través del "Formato de Registro de Pacientes Atendidos por Vía del Intercambio Planificado", contenido en el Anexo XI, en el que se deberán identificar por institución y de manera global

en la entidad, el número de intervenciones prestadas, el importe de los pagos y el resultado de la evaluación y seguimiento de los casos, así como de las quejas presentadas por los usuarios. "LA COMISIÓN" una vez integrado el informe anual, deberá presentarlo ante el Titular de la Secretaría de Salud Federal.

16. Para el caso de no contar con una unidad médica o servicio necesario para la prestación de servicios de atención médica, apegándose a las disposiciones normativas aplicables, podrán buscar mecanismos conforme a las capacidades económicas, presupuestales, humanas y materiales, para sumar esfuerzos y contribuir con sus recursos para su establecimiento, el cual se pondrá en operación para la consecución del objeto establecido en el presente Convenio Específico y en "EL ACUERDO GENERAL".
17. No ceder o transferir total o parcialmente los derechos y obligaciones derivadas del presente instrumento, sin el consentimiento previo y por escrito de "LAS PARTES".
18. Contar con áreas específicas para la atención de urgencias que pudieran suscitarse antes, durante y después de los procedimientos, así como el equipamiento necesario para su atención, así como un área para proporcionar la preparación de los pacientes enviados como externos y posteriores al estudio en un área de recuperación.
19. "LAS PARTES" se deslindan de la responsabilidad ante cualquier conflicto o problema derivado de pacientes de cualquiera de "LAS PARTES" que hayan sido referidos de manera inadecuada, por no haber sido aceptados para su atención o hayan sido referidos o trasladados sin previo aviso a "LAS PARTES" por los mecanismos establecidos en el presente convenio.
20. Elaborar y conservar una copia del estudio o procedimiento.
21. Establecer procedimientos de orientación y asesoría a usuarios y familiares sobre el uso de los servicios y el manejo de los pacientes.
22. Será responsabilidad de "LAS PARTES" en cuestión, todo caso de demandas médico legales, derivadas de los resultados de la práctica profesional o del servicio prestado en sus unidades médicas.
23. Deberá atenderse a los pacientes con calidad y calidez, contar con recursos de apoyo para los pacientes que presenten alguna limitación física o funcional.
24. Entregar al paciente los estudios realizados con interpretación, una vez concluido el proceso de impresión o digitalización del mismo, a efecto de que el derechohabiente lo entregue a su Institución que lo derivó.

TERCERA.- DE LA FORMA DE PAGO.

A) Para los efectos del presente instrumento, "LAS PARTES" convienen que una vez otorgado el servicio médico y/o la intervención, deberán realizar conciliaciones de intercambio de servicios durante el periodo del 20 al 25 de cada mes, dado lo anterior se deberán expedir las facturas para su presentación a cobro durante el periodo del 26 al 30 de cada mes en que se prestaron los servicios. Asimismo el pago deberá realizarse dentro de los 20 (VEINTE) días naturales posteriores a la recepción de los documentos debidamente requisitados. En caso de que la(s) factura(s) presentada(s) para su pago presenten errores o deficiencias, el solicitante del servicio dentro de los 2 (DOS) días hábiles siguientes al de su recepción, indicará por escrito al prestador del servicio, la(s) deficiencia(s) que deberá corregir. El periodo que transcurre a partir de la entrega del citado escrito y hasta que el prestador del servicio presente la(s) factura(s) con la(s) corrección(es), no se computará para efectos del plazo establecido para el pago; la(s) factura(s) que se presente(n) para su pago deberá(n) corresponder a los montos que expresamente correspondan a la prestación de los servicios médicos otorgados, conforme a los términos y mecanismos establecidos para tal fin, y deberá(n) ser presentada(s) en el lugar y horario que determine el solicitante del servicio, conforme a los términos y condiciones establecidos en el Anexo IV Manual de Lineamientos Intercambio

de Servicios en el Sector Salud, ubicado como Anexo 2 del "EL ACUERDO GENERAL" y los cuales forman parte integrante de este Convenio Específico.

Las cantidades objeto de pago serán en moneda nacional a través del esquema electrónico interbancario que tienen en operación "LAS PARTES", con cualquier institución bancaria del país, conforme a las disposiciones legales respectivas. "LAS PARTES", no tendrán derecho a percibir ninguna otra remuneración con motivo de la prestación de los servicios objeto del presente instrumento, más que las expresamente señaladas en el mismo. Para tal efecto, el prestador del servicio deberá presentar 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, Clave interbancaria estandarizada (CLABE), sucursal y plaza, así como, número de proveedor asignado por el solicitante del servicio médico y/o intervenciones.

Anexo a la solicitud de pago electrónico (intrabancario o interbancario) se deberá presentar original y copia de la cédula del Registro Federal de Contribuyente e identificación oficial, los documentos originales serán devueltos previo cotejo que se realice de los mismos.

En caso de que alguna de las partes no pueda realizar o recibir pagos en forma electrónica, éstos se cubrirán y recibirán mediante cheque nominativo correspondiente, siendo necesario se presente un escrito expresando las razones por las cuales solicita se le pague por este medio, en virtud de las disposiciones fiscales vigentes.

En relación a las reglas en materia de comprobantes fiscales digitales (CFD y CFDI), si como comprobantes impresos por medios propios (CBB), que entraron en vigor el pasado 1 de Julio del 2012, se debe considerar para el trámite de pago de sus contratos vigentes, lo siguiente:

- 1.- **Régimen Fiscal.**- Deberán incluir en el comprobante fiscal el régimen fiscal del contribuyente que expide dicho comprobante.
- 2.- **Método de Pago.**- Al momento de emitir el comprobante fiscal deberá señalar el método de pago que hasta la fecha se tiene. En caso de que al momento de emitir el comprobante, no sea posible identificar el método de pago, se podrá utilizar la expresión "No identificado".
- 3.- **Número de cuenta de la cual procede el pago.**- Deberá señalarse en el comprobante fiscal los últimos cuatro dígitos del número de la cuenta de la cual procede el pago, excepto en el caso de que el pago haya sido en efectivo o cuando se utilice la expresión "No identificado".
- 4.- **Unidad de Medida.**- Deberá incluirse la unidad de medida del bien o los bienes que se describen en el comprobante de conformidad con lo establecido en el Sistema General de Unidades de Medidas, a que se refiere la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, las señaladas en el apéndice/del anexo 22 de las Reglas de Carácter General en Materia de Comercio Exterior las demás aceptadas por la Secretaría de Economía. Se establece que tratándose de los casos de prestación de servicios o uso o goce temporal de bienes se podrá asentar la expresión "No aplica".
- 5.- **Versión del CFD o del CFDI.**- Desde el 1 de Julio, debe de validarse que los comprobantes que se expidan o los que se reciban habiendo sido expedidos a partir de la misma fecha correspondan a las versiones siguientes:

Versión	Antes del 1 de Julio de 2012	A partir del 1 de Julio de 2012
Para CFD	2	2.2
Para CFDI	3	3.2

La versión CFD o CFDI puede confirmarse de manera visual, identificada "2.2" o "3.2" al inicio de la cadena original que se encuentra en la expresión impresa de cada comprobante.

B) La factura o recibo que expida el prestador del servicio con motivo del otorgamiento de servicios de atención médica, independientemente de contener los requisitos fiscales deberá anexarse la documentación siguiente:

Un informe con la relación de pacientes atendidos, los servicios médicos otorgados y las fechas en que se otorgaron éstos, que ampara cada factura, desglosando:

- a) Número de la orden o solicitud de servicios debidamente autorizadas por personal facultado;
- b) Nombre completo del derechohabiente, afiliado y/o usuario, y número de seguridad social en su caso;
- c) Clave de servicio;
- d) Descripción del servicio, y
- e) Tarifa.

CUARTA.- DE LA FIJACIÓN DE LOS MONTOS.

Los montos a que se contrae el presente instrumento se fijarán por la cantidad que resulte de la aplicación de las tarifas señaladas en el **Anexo I** y en el **Anexo II**, conforme a la Cláusula PRIMERA del presente instrumento, mismos que serán aplicados como contraprestación por el otorgamiento de atención médica a los derechohabientes y/o afiliados del solicitante de servicios.

"LAS PARTES" para efectos de pago aplicado como contraprestación por el otorgamiento de atención médica a los derechohabientes, afiliados o beneficiarios del solicitante de servicios conforme a su presupuesto autorizado para el ejercicio fiscal 2015, establecen los montos máximos siguientes:

"EL IMSS" tendrá un monto máximo de \$3'841,000.00 (Tres millones ochocientos cuarenta y un mil pesos 00/100 M.N.).

"EL ISSSTE" tendrá un monto máximo de \$7'201,473.66 (Siete millones doscientos un mil cuatrocientos setenta y tres pesos 66/100 M.N.).

"LA SECRETARÍA" tendrá un monto máximo de \$1'000,000.00 (Un millón de pesos 00/100 M.N.).

Los montos señalados en la presente cláusula y los establecidos en el "Catálogo específico de servicios, intervenciones, auxiliares de diagnóstico y tratamiento y tabulador de tarifas máximas referenciales" y "Tabulador de cuotas de recuperación" contenidos en el **Anexo I** y en el **Anexo II** del presente instrumento, se considerarán fijos e inalterables por el tiempo de la vigencia del presente instrumento, y solo podrán ser cambiados conforme a las disposiciones jurídicas aplicables y en los términos y condiciones que para tal efecto establezca el presente Convenio Específico en su cláusula primera y "EL ACUERDO GENERAL".

QUINTA.- IMPOSIBILIDAD DE PRESTAR EL SERVICIO.

Por la imposibilidad del otorgamiento del servicio, a consecuencia de la programación de mantenimiento preventivo, fallas o descomposturas de equipamiento médico de cualquiera de las unidades médicas, la parte que reciba la solicitud del servicio médico, notificará en un plazo no mayor a 24 horas a partir de que reciba la solicitud, a la parte que haya solicitado el servicio sobre la situación que impide la prestación del servicio, informando el tiempo en que se corregirán éstas. El solicitante del servicio realizará las acciones necesarias para canalizar a sus derechohabientes y/o afiliados o paciente referenciado otra(s) institución(es), hospitales o unidades médicas para que le sea otorgada la atención médica que requiera.

En el supuesto específico de que el prestador del servicio, se encuentre imposibilitado a otorgar el mismo, una vez ingresado el paciente, éste deberá realizar las acciones necesarias para reprogramar el servicio o en su caso, para que le sea otorgada la atención médica que requiera, previa autorización que emita la parte solicitante.



10/15



SEXTA.- RELACIONES LABORALES.

Convienen "LAS PARTES" que el personal designado por cada una de las instituciones para la ejecución de las actividades objeto del presente Convenio, se entenderá exclusivamente relacionado con la parte que lo emplea, por ende, cada una de ellas asumirá su responsabilidad por ese concepto y, en ningún caso podrá considerarse a la otra parte como patrón solidario o sustituto, por lo que, recíprocamente, se liberan de cualquier responsabilidad que pudiese surgir sobre el particular y con relación al objeto del presente Convenio Específico.

SÉPTIMA.- SUPERVISIÓN Y VIGILANCIA.

Los servicios otorgados en términos del presente Convenio Específico, quedarán sujetos a la supervisión y vigilancia del personal especialmente designado para ello por el solicitante del servicio conforme al **Anexo VI** del presente instrumento, por lo que el prestador del servicio se obliga a permitir las visitas y las acciones de supervisión y vigilancia, que al efecto se realicen, previa solicitud que se emita por escrito.

Por su parte, el solicitante de los servicios no podrá intervenir en el otorgamiento de los servicios y se compromete a respetar las disposiciones y los criterios médicos de cada tratamiento médico otorgado por el prestador del servicio.

En los casos en que el supervisor de los servicios advierta deficiencias en el otorgamiento de las prestaciones, solicitará por escrito a la parte prestadora la realización de las investigaciones correspondientes, para que en su oportunidad se lleven a cabo las medidas conducentes para corregirlas.

OCTAVA.- INDICACIONES MÉDICAS PARA EL SEGUIMIENTO DE LA ATENCIÓN.

El solicitante de los servicios médicos se obliga a que posterior al otorgamiento de la atención médica y estabilizado el estado de salud del derechohabiente y/o afiliado, éste sea contrareferido a la unidad médica que le corresponda por su adscripción con un resumen clínico, así como con las indicaciones médicas de cuidados específicos que habrán de seguirse, prescribiendo, en su caso, los medicamentos en las dosis recomendadas.

En caso de omitir el cumplimiento de las indicaciones médicas enviadas por el médico especialista que lo atendió, y que dé lugar a una nueva referencia a las unidades hospitalarias del prestador del servicio, por el mismo diagnóstico o por diagnóstico diferente derivado de la citada omisión, y en consecuencia, se tengan que realizar nuevas erogaciones por cualquiera de "LAS PARTES", corresponderá a la unidad médica que omitió el cumplimiento de las indicaciones cubrir en su totalidad las erogaciones derivadas, y se dará cuenta a "LA COMISIÓN" para que resuelva lo conducente.

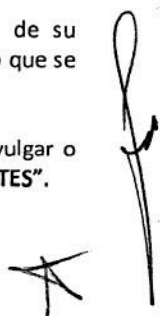
NOVENA.- DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

De conformidad con lo dispuesto en el inciso d) de la Cláusula NOVENA de "EL ACUERDO GENERAL", será obligación del prestador del servicio, contar con un expediente clínico, en términos de la norma oficial mexicana correspondiente y demás disposiciones aplicables. El expediente clínico antes mencionado deberá estar en todo momento a disponibilidad de la parte solicitante quien tendrá la facultad de requerir una copia simple de la misma previa solicitud por escrito.

DÉCIMA.- CONFIDENCIALIDAD.

"LAS PARTES" se obligan a mantener estricta confidencialidad respecto de la información que sea de su conocimiento con motivo del desarrollo de las actividades propias del presente Convenio Específico, por lo que se obligan a utilizarla o aprovecharla únicamente para el cumplimiento del objeto del mismo.

En consecuencia, queda prohibido revelar, copiar, reproducir, explotar, comercializar, alterar, duplicar, divulgar o difundir a terceros, la información sin autorización previa y por escrito del titular de la misma y de "LAS PARTES".



La información y actividades que se presenten, obtengan y produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento, será clasificada atendiendo a los principios de confidencialidad y reserva establecidos en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, y su Reglamento, por lo que "LAS PARTES" se obligan a guardar estricta confidencialidad respecto de la información y resultados que se produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento.

DÉCIMA PRIMERA.- DE LAS QUEJAS E INCONFORMIDADES.

Será responsabilidad del solicitante del servicio, el seguimiento a las quejas y/o inconformidades que interpongan sus derechohabientes contrareferidos (contraderivados), por el servicio médico recibido o que posteriormente al egresar de las instalaciones de la institución que brindó el servicio sufran deterioro en el estado de salud con motivo de negligencia en la atención del paciente o la omisión en el cumplimiento de las prescripciones médicas otorgadas por los médicos tratantes de la institución que brinda el servicio; por lo que tanto el prestador del servicio como el solicitante del servicio deberán llevar a cabo todas las acciones que estén a su alcance para la solución de la queja en cuestión, de conformidad con lo establecido en la Cláusula DÉCIMA OCTAVA de "EL ACUERDO GENERAL".

Asimismo, en caso de presentación de queja o inconformidad ante alguna otra instancia competente, el prestador del servicio deberá llevar a cabo todas las acciones que estén a su alcance para la solución de la queja o inconformidad y será responsable de las sanciones que se emitan por la instancia competente.

DÉCIMA SEGUNDA.- DE LA VIGENCIA DEL CONVENIO ESPECÍFICO.

El presente Convenio Específico comenzará a surtir sus efectos a partir de la fecha de su suscripción y se mantendrá en vigor del 01 de enero del 2015 y se mantendrá en vigor hasta el 31 de diciembre de 2015.

"LAS PARTES" llevarán a cabo todas las gestiones necesarias a fin de celebrar un nuevo Convenio Específico, una vez que se cuente con la suficiencia presupuestal para el ejercicio siguiente, con la finalidad de dar continuidad a lo previsto en "EL ACUERDO GENERAL".

DÉCIMA TERCERA.- DE LAS NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.

Todas las notificaciones o cualquier comunicación que "LAS PARTES" deban enviarse incluyendo el cambio de domicilio, se realizará por escrito mediante correo certificado con acuse de recibo, o por cualquier otro medio que asegure su recepción, en los domicilios establecidos por "LAS PARTES" en el apartado de Declaraciones del presente instrumento.

"LAS PARTES" designan como responsables de la operación, cumplimiento y seguimiento del presente Convenio Específico, a los siguientes servidores públicos:

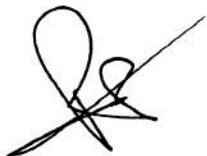
Por "LA SECRETARÍA": El Director de Planeación y Desarrollo de la Secretaría de Salud e Instituto de Servicios de Salud de Baja California Sur.

Por "EL IMSS": El Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas de la Delegación Regional en Baja California Sur.

Por "EL ISSSTE": El Subdelegado Médico en el Estado de Baja California Sur.

DÉCIMA CUARTA.- MODIFICACIONES.

El presente Convenio Específico, podrá ser modificado o adicionado de común acuerdo y a petición expresa y por escrito de cualquiera de "LAS PARTES", sin alterar su estructura y en estricto apego a las disposiciones jurídicas aplicables, para lo cual se deberá especificar el objeto de la adición o modificación que se pretenda, mismas que, una vez acordadas por "LAS PARTES", serán plasmadas o adicionadas en el Convenio Modificatorio correspondiente, las cuales entrarán en vigor a partir de la fecha de su firma y se mantendrá vigente hasta la terminación de la vigencia del Convenio Específico.





En caso de contingencias para la realización del objeto previsto en este instrumento, "LAS PARTES" acuerdan tomar las medidas o mecanismos que permitan afrontar dichas contingencias. En todo caso, las medidas y mecanismos acordados serán formalizados mediante la suscripción del Convenio Modificatorio correspondiente.

DÉCIMA QUINTA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA.

El presente Convenio Específico podrá darse por terminado de manera anticipada, mediante el simple aviso por escrito a "LAS PARTES", con al menos treinta días naturales de anticipación. Lo anterior, en el entendido de que aun cuando el presente instrumento se dé por terminado anticipadamente, las obligaciones que subsistan a dicha fecha, incluyendo sin limitar, pagos pendientes, servicios ya iniciados o por concluir, deberán ser cubiertas a satisfacción de "LAS PARTES", en los términos del presente instrumento y conforme a lo establecido en "EL ACUERDO GENERAL".

DÉCIMA SEXTA.- RELACIÓN DE ANEXOS.

Los anexos que se relacionan y describen a continuación son rubricados de conformidad por "LAS PARTES" y forman parte integrante del presente Convenio Específico.

ANEXO I.- Catálogo específico de servicios, intervenciones, auxiliares de diagnóstico y tratamiento y tabulador de tarifas referenciales de los servicios médicos que se encuentran actualmente contenidos en el Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento y Tabulador de Tarifas Máximas Referenciales", "DEL ACUERDO GENERAL" y que serán aplicables al presente convenio específico.

ANEXO II. Tabulador de cuotas de recuperación de "LA SECRETARÍA" de los servicios médicos que no se encuentran actualmente contenidos en el Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento y Tabulador de Tarifas Máximas Referenciales", "DEL ACUERDO GENERAL" y que serán aplicables al presente convenio específico en tanto se homologan y acuerdan tarifas máximas referenciales de las mismas.

ANEXO III.- Relación de unidades médicas por institución que participan en el intercambio.

ANEXO IV.- Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud.

ANEXO (V).- Personal médico por Institución facultado para referir (derivar y contra-derivar) pacientes al prestador de servicios y/o intervenciones.

ANEXO (VI).- Personal médico por Institución facultado para supervisar la atención de pacientes al prestador de servicios y/o intervenciones.

ANEXO (VII).- Formato Solicitud de Intercambio de Servicios Derivación (Referencia)- Contraderivación (Contrareferencia).

ANEXO (VIII).- Formato de Atención Médica.

ANEXO (IX).- Formato Recibo para Pago.

ANEXO (X).- Formato Informe Mensual de Intercambio de Servicios.

ANEXO (XI) Formato de Registro de Pacientes Atendidos por Vía de Intercambio Planificado

13/15

JURIDICOS
ALUD DE
NIA SUR.

DÉCIMA SÉPTIMA.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.


"LAS PARTES" manifiestan que el presente Convenio Específico es producto de la buena fe, por lo que toda controversia que se derive del mismo, con motivo de su interpretación y aplicación, será resuelta de común acuerdo por las mismas. En caso contrario, se recurrirá a "LA COMISIÓN" a que hace referencia la Cláusula DÉCIMA SEGUNDA, de "EL ACUERDO GENERAL", quien actuará como mediador tratando de que "LAS PARTES" involucradas lleguen a una conciliación amigable, sujetándose a lo previsto en la Cláusula DÉCIMA SÉPTIMA de "EL ACUERDO GENERAL".

De no existir conciliación, éstas aceptan someterse expresamente a la competencia de los Tribunales Federales con domicilio en la ciudad de Entidad federativa, renunciando a cualquier tipo de competencia que por razón de su domicilio presente o futuro pudiera corresponderles.

DÉCIMA OCTAVA.- CLÁUSULAS QUE SE TIENEN POR REPRODUCIDAS.

Dado que el presente Convenio Específico deriva de "EL ACUERDO GENERAL" a que se hace referencia en el Antecedente III de este instrumento, las Cláusulas establecidas en "EL ACUERDO GENERAL" se tienen por reproducidas para efectos de este Convenio Específico como si a la letra se insertasen y serán aplicables en todo aquello que no esté expresamente establecido en el presente Convenio Específico, en caso de contradicción entre ambos instrumentos jurídicos, se estará a lo dispuesto por "EL ACUERDO GENERAL".

Leído que fue el presente Convenio Específico y enteradas "LAS PARTES" de su contenido, alcance y fuerza legal, lo firman en cuadruplicado en la ciudad de La Paz, en Baja California Sur, a los 01 días del mes de enero del año 2015.




14/15

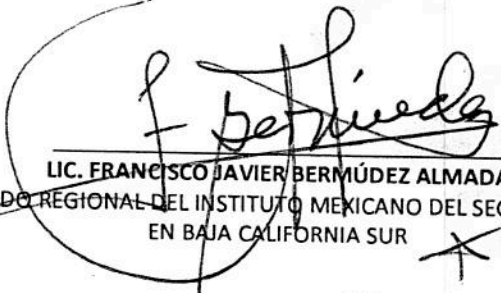


LAS FIRMAS QUE ANTECEDEN FORMAN PARTE CONVENIO ESPECÍFICO PARA EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS DE SALUD QUE CELEBRAN LA SECRETARÍA DE SALUD DE BAJA CALIFORNIA SUR Y EL INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA CALIFORNIA SUR, EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR Y EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO EN BAJA CALIFORNIA SUR, FIRMADO EL DÍA 1 DE ENERO DEL 2015.

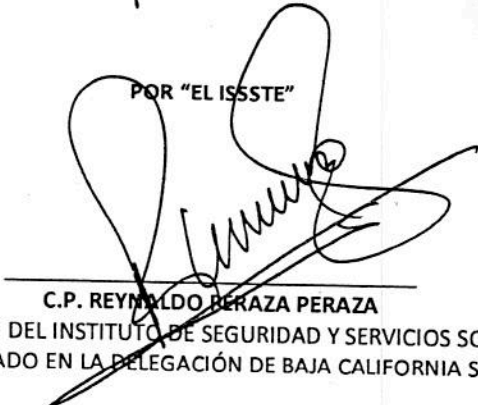
POR "LA SECRETARÍA"


DR. VIRGILIO JIMÉNEZ PATIÑO
SECRETARIO DE SALUD Y
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SERVICIOS
DE SALUD DE BAJA CALIFORNIA SUR

POR "EL IMSS"


LIC. FRANCISCO JAVIER BERMÚDEZ ALMADA
DELEGADO REGIONAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
EN BAJA CALIFORNIA SUR

POR "EL ISSSTE"


C.P. REYNALDO PERAZA PERAZA
SUBDELEGADO DE ADMINISTRACIÓN DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO EN LA DELEGACIÓN DE BAJA CALIFORNIA SUR

ESTE CONVENIO SE ENCUENTRA REGISTRADO EN LA UNIDAD JURÍDICA DEL ISSSTE BAJO EL NÚMERO DE/001/2015.

ESTE CONVENIO SE ENCUENTRA REGISTRADO EN LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL IMSS BAJO EL NÚMERO _____