



Convenio de Colaboración Interinstitucional de Prestación de Servicios Médicos No. S350203, para EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN ESTATAL EN CAMPECHE que celebran por una parte EL INSTITUTO Mexicano del Seguro Social, a quien en lo sucesivo se le denominara "EL INSTITUTO", representado en este acto por su apoderado legal el **C.P. Victor Santiago Perez Aguilar, Delegado en Campeche** y por la otra, **EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA PENINSULA DE YUCATAN** a quien en lo subsiguiente se le denominara "EL HOSPITAL", representado en este acto por el **Doctor Marco Antonio de la Fuente Torres**, en su carácter de Director General del referido nosocomio, al tenor de las siguientes declaraciones y cláusulas.

Antecedentes

- I.- El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2019, en el apartado 3.2 Salud, específicamente en las Estrategias 7.1, Plantea consolidar un sistema integral de salud para garantizar el acceso universal a servicios de alta calidad y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad.
- II.- Con fecha 02 de octubre de 2001, "LA SECRETARIA", "EL IMSS" y "EL ISSSTE", celebraron un Memorando de Entendimiento para la optimización del Sistema Nacional de Salud, en virtud del cual se comprometieron a desarrollar las acciones necesarias para facilitar la colaboración entre ellas, mediante la planeación conjunta, la participación de recursos humanos, el aprovechamiento de instalaciones, el uso de recursos técnicos y tecnológicos, así como la prestación coordinada de servicios, a efecto de garantizar y facilitar el acceso a los servicios médicos que prestan sus derechohabientes o usuarios.
- III.- "LA SECRETARIA", "EL IMSS" y "EL ISSSTE", con fecha 14 de marzo de 2003, suscriben convenio General de Colaboración Interinstitucional en materia de prestaciones de servicios de salud, el cual tiene por objeto establecer las bases, términos y condiciones que regirán a las partes para el mejor aprovechamiento de su infraestructura de salud, a fin de lograr la optima operación interinstitucional en beneficio de los usuarios o derechohabientes de las mismas, bajo criterios de calidad, equidad, eficiencia y protección financiera a efecto de incrementar la cobertura de sus servicios.
- IV.- Con fecha doce de mayo de dos mil once, se firma el acuerdo de colaboración para el intercambio de servicios, con el fin de fijar los lineamientos generales para la formalización de los compromisos para el intercambio de servicios de atención médica que celebra la "SECRETARIA DE SALUD" y "LAS DELEGACIONES" y "UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD DE EL IMSS", "EL ISSSTE", "LA SECRETARIA", "los SESA's", "LOS INSTITUTOS", "LOS HOSPITALES" y "LOS HRAE's".

Declaraciones

I. "EL INSTITUTO" declara:

- I.1 Que en términos de los artículos 4° y 5° de la ley del seguro social, es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal con personalidad jurídica y patrimonio propio que tiene a su cargo la organización y administración del seguro social, como un servicio público de carácter nacional.
- I.2 Que está facultado para adquirir toda clase de bienes o servicios en términos de la legislación vigente, para la consecución de los fines para los cuales fue creado, de



conformidad con los artículos 89 fracción III y 251, fracción IV de la Ley Del Seguro Social.

- I.3 Que su representante, el **C.P. Victor Santiago Pérez Aguilar**, quien acredita su personalidad para la suscripción del presente convenio mediante el testimonio de la escritura pública número **67,930**, de fecha **01 de agosto de 2013**, otorgado ante la fe del licenciado Ángel Gilberto Adame López, notario público número 233, de la ciudad de México, D.F.
- I.4 Que para los fines y efectos legales de este convenio, señala como **R.F.C. IMS42131-I45** y como domicilio el ubicado en Avenida Maria Lavallo Urbina esquina con Avenida Fundadores en la Colonia San Francisco CP.24010, de San Francisco de Campeche, Campeche.
- I.5 Para cubrir las erogaciones que se deriven del presente convenio, cuenta con recursos disponibles suficientes, no comprometidos en la partida presupuestal **42062106** de conformidad con el dictamen de disponibilidad presupuestal **No. 0000002320-2014** de fecha 09 de octubre de 2013 autorizado por el jefe de servicios de finanzas.
- I.6 Que ante la necesidad de mejorar la prestación de los servicios que viene proporcionando **"EL INSTITUTO"** a sus derechohabientes, requiere subrogar a **"EL HOSPITAL"** los servicios relacionados en su **Cartera de Servicios Autorizada para el año 2014 (anexo 1)**.

II. "EL HOSPITAL", a través de su representante declara:

- II.1 EL HOSPITAL Regional De Alta Especialidad De La Península De Yucatán, se crea por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación de fecha 29 de noviembre de 2006, como un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, sectorizado a la secretaria de salud federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, con domicilio en Mérida Yucatán.
- II.2 Que tiene como objeto otorgar por si mismo **los servicios relacionados en la Cartera de Servicios Autorizada para el año 2014 (anexo 1)** de manera enunciativa mas no limitativa y le corresponde llevar a cabo las siguientes funciones, entre otros.
- II.3 Proporcionar los servicios médicos y/o quirúrgicos, ambulatorios de alta especialidad que determine su Estatuto Orgánico, o que autorice la junta de gobierno.
- II.4 Que el doctor **Marco Antonio de la Fuente Torres**, Director General del Hospital Regional De Alta Especialidad de la Península De Yucatán, asiste a la suscripción del presente convenio de conformidad con los artículos, 17, 22 fracción I y 59, fracción I de la Ley Federal de Entidades Paraestatales y 10 fracción II de su decreto de creación mencionado en la cláusula I.1 que antecede.
- II.5 Que EL HOSPITAL Regional de Alta Especialidad de la Península De Yucatán, cuenta con las licencias sanitarias para prestar los servicios médicos objeto de este convenio.
- II.6 Que para efectos legales del presente instrumento señala como domicilio el predio sin número, del kilómetro ocho punto cinco de la carretera Mérida-Cholul de esta ciudad de Mérida Yucatán y con registro federal de contribuyentes **HRA-061129-NUO**.



III. AMBAS PARTES DECLARAN:

- III.1 Que han decidido unir sus esfuerzos en forma coordinada para que la prestación de los servicios arriba enunciados, que requiera la población derechohabiente de **"EL INSTITUTO"** se desarrolle con mayor eficiencia y oportunidad.
- III.2 El presente convenio no se ubica en los supuestos normativos de la ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público, en términos de su artículo 1.

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

Cláusulas

PRIMERA.- OBJETO

El objeto del presente convenio es el establecer los mecanismos operativos de colaboración entre las partes a fin de que **"EL HOSPITAL"** proporcione a los derechohabientes de **"EL INSTITUTO"**, los servicios médicos de tercer nivel, mismos que se encuentran descritos en forma detallada en el **anexo 1 (uno)** de este instrumento jurídico, en las instalaciones de **"EL HOSPITAL"**, anexo el cual firmado por los representantes de ambas instituciones forma parte integrante del presente convenio, como si a la letra se insertase.

SEGUNDA. COMPROMISOS DE "EL HOSPITAL":

- a) Proporcionar a los derechohabientes de **"EL INSTITUTO"**, **de acuerdo a su capacidad**, los servicios médicos especializados de tercer nivel, de acuerdo a su cartera de servicios vigente, que se enlistan en el anexo 1 (uno) de este convenio, durante la vigencia del mismo.
- b) Poner a disposición los servicios que se subrogan, en la misma forma que se presta a la población abierta para realizar de la mejor forma posible el objeto de este convenio.
- c) **"EL HOSPITAL"** cuenta con áreas físicas adecuadas y disponibles mismas que pone a disposición de **"EL INSTITUTO"** para brindar atención a los pacientes que sean enviados por **"EL INSTITUTO"** con alguna discapacidad.
- d) 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.
- e) **"EL HOSPITAL"** se deslinda de la responsabilidad ante cualquier conflicto o problema derivado de pacientes derechohabientes de **"EL INSTITUTO"** que hayan sido referidos de manera inadecuada, por no haber sido aceptados para su atención o hayan sido referidos trasladados sin previo aviso a **"EL HOSPITAL"** por los mecanismos establecidos en el presente convenio.
- f) Toda solicitud de los servicios objetos de este convenio tendrá como requisito indispensable una autorización por el médico tratante de **"EL INSTITUTO"**, en donde



conste su firma y/o en caso de urgencias valorizadas por el medio de urgencias de **"EL INSTITUTO"** en ambos casos con la aprobación del director el del HGZ C/MF No 1 y/o HGZ4, según corresponda, o del subdirector médico en turno, en días festivos, sábados y domingos. Justo como se señala en el Anexo 3 con las firmas autógrafas del personal autorizado para tal fin.

- g) Elaborar y conservar una copia del estudio o procedimiento.
- h) Establecer procedimientos de orientación y asesoría a usuarios y familiares sobre el uso de los servicios y el manejo de los pacientes.
- i) Será responsabilidad de **"EL HOSPITAL"** todo caso de demandas medico legales, derivadas de los resultados de la práctica profesional o del servicio subrogado.
- j) Deberá atenderse a los pacientes con calidad y calidez, contar con recursos de apoyo para los pacientes que presenten alguna limitación física o funcional.
- k) Entregar al paciente los estudios realizados sin interpretación, una vez concluido el proceso de impresión o digitalización del mismo, a efecto de que el derechohabiente lo entregue a **"EL INSTITUTO"**.
- l) Presentar en forma mensual a **"EL INSTITUTO"**, los documentos que amparan las cantidades por concepto de cuotas de recuperación que debe pagar **"EL INSTITUTO"** con motivo de la prestación de los servicios médicos especializados objeto de este instrumento jurídico, así como un listado de las cantidades y costos de los servicios proporcionados.

TERCERA. "EL INSTITUTO" SE COMPROMETE:

Para el cumplimiento del presente convenio **"EL INSTITUTO"** se compromete a:

- a) Previo a toda referencia, **"EL INSTITUTO"** deberá establecer comunicación telefónica con la dirección de operaciones de **"EL HOSPITAL"** a los números 019999-427600 extensión 51050 del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, a efecto de conocer la disponibilidad de espacios de acuerdo al servicio requerido, mismos que se proporcionaran a la brevedad posible y de acuerdo a la disponibilidad de las agendas.
- b) Es compromiso de **"EL INSTITUTO"** enviar a los derechohabientes no hospitalizados para la prestación de los servicios en forma directa, con el formato de subrogación de servicios médicos (4.30.2/03) en original y una copia, mismo que deberá tener en forma clara, el nombre y apellido del derechohabiente a quien se le otorgará el servicio, numero de afiliación completo expresando si se trata de asegurado o beneficiario, copia de identificación con fotografía del paciente (IFE, ADMISS O CARNET DE CITAS), servicio que requiere, sello legible de vigencia de derechos, debidamente firmada por el director del HGZ1 y/o HGZ4 según corresponda o en caso contrario firmada por el subdirector en turno vespertino y fines de semana o festivos. Mismas que se señalan en el Anexo 3 de este documento.
- c) **"EL INSTITUTO"** trasladara a sus pacientes hasta las instalaciones del HOSPITAL Regional de Alta Especialidad de la Península De Yucatán con sus propios recursos, para su atención en forma directa, con la solicitud de subrogación de servicios médicos (4.30.2/03) debidamente requisitada. Así mismo cuando los servicios otorgados finalicen **"EL INSTITUTO"**, será el responsable del traslado del paciente a su lugar de origen.



- d) **"EL INSTITUTO"** proporcionara a **"EL HOSPITAL"** una relación de personal médico por unidad de adscripción que se encuentra facultado para autorizar los formatos 4.30.2/03, esta relación se presenta como el **anexo 3 (tres)** de este convenio.
- e) **"EL INSTITUTO"** informara a sus derechohabientes que acudan a los servicios del Hospital Regional De Alta Especialidad de la Península De Yucatán, que los mismos deberán ajustarse a la reglamentación interna de **"EL HOSPITAL"** durante el tiempo que reciban los servicios médicos y de diagnostico. Cumpliendo en todo momento con las siguientes obligaciones.

Todos los derechohabientes invariablemente de su unidad de adscripción deberán cumplir con los siguientes requisitos.

- Estar vigente en sus derechos.
 - Todos los derechohabientes invariablemente de su situación deberán presentar para recibir la atención subrogada. El original del formato 4.30.2 "solicitud de subrogación de servicios médicos" en donde se indica claramente la fecha de la cita, así como la hora y la especialidad que lo deriva, en original y una copia, el original para el prestador de servicios y la copia para el derechohabiente. Todo sin excepción deberán contar con FOLIO de autorización.
 - Credencial ADIMSS.
 - Cartilla de salud y citas médicas con fotografía y sello de la unidad de adscripción.
 - Identificarse plenamente a satisfacción del Instituto y del Hospital las veces que le sea requerido y en los lugares en donde le sea requerido.
 - La atención solo será prestada al derechohabiente señalado en el documento previo, identificado y nunca a una persona distinta. En caso de derechohabientes menores de 16 años, será necesario invariablemente presentar copia del IFE, Tarjeta ADIMSS u otra identificación oficial de su Representante o Tutor.
 - Al término de la atención el derechohabiente o una persona de su responsabilidad firmara, al calce el documento 4.30.2, por la satisfacción del servicio recibido.
- f) Los pagos por concepto de cuotas recuperación serán realizados por **"EL INSTITUTO"** dentro de los quince días al que sea presentada la documentación correspondiente.

Original y copia de la factura que reúna los requisitos fiscales respectivos, en la que se indique el servicio prestado y el numero de convenio, numero de proveedor IMSS, solicitud de subrogación de servicios médicos (4.30.2/03), adjuntando copia de la identificación con fotografía del derechohabiente y copia de la relación de servicios médicos efectuados, misma que deberá ser entregada al departamento de finanzas de la Delegado Estatal del IMSS, ubicado en Avenida María Lavalle Urbina esquina con Avenida Fundadores Colonia San Francisco CP: 24010 en San Francisco de Campeche, Campeche. En caso de factura electrónica, ligar las mismas a la dirección electrónica del IMSS de referencia https://201.144.108.83:8443/Pagos_Prov , en caso de presentar diferencias en el proceso de alta, comunicarse a los teléfonos 55.52.38.27.00 extensión 18679. Haciendo necesario para el proceso de presentación de las facturas a cobro, del resumen emitido por el portal donde se puede observar el status de las facturas incluidas.

En casos en que **"EL HOSPITAL"** presente documentación con errores o deficiencia, el plazo de pago se ajustara considerando los días en que se hagan las correcciones a los errores o deficiencias.



“EL INSTITUTO” podrá efectuar el pago de los servicios suministrados a través del esquema electrónico interbancario, que el IMSS tiene en operación, para tal efecto “EL HOSPITAL” deberá presentar en el departamento de finanzas de la Delegación Estatal en Campeche sito en avenida Maria Lavalle Urbina esquina con Avenida Fundadores Colonia San Francisco CP: 24010 en San Francisco de Campeche, Campeche. En horario de 08.00 a 13.00 horas, 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, sucursal y plaza, así como el número de proveedor IMSS, anexo a la solicitud “EL HOSPITAL”. Presentar original y copia de la cédula del registro federal de contribuyentes, poder notarial e identificación oficial, los originales se solicitan únicamente para cotejar y les serán devueltos en el mismo acto.

CUARTA. IMPORTE DEL CONVENIO

El monto **mínimo** a ejercer en el presente convenio que subrogación es de un mínimo de \$800,000.00 (son ochocientos mil pesos 00/100 M.N) y un monto **máximo** susceptible de ser ejercido de \$2,000,000.00 (dos millones de pesos 00/100 M.N).

Las partes convienen que el presente convenio se celebra bajo la modalidad de precios fijos, según lo pactado en el tabulador establecido por el acuerdo general para el intercambio de servicios, por lo que el monto de los mismos no cambiara durante la vigencia del presente instrumento jurídico, dicho tabulador se presenta como el anexo no. 1(uno).

En caso de que “EL INSTITUTO”, requiera de servicios que no se encuentren establecidos en el anexo no. 1, el costo de los servicios requeridos por “EL INSTITUTO”, serán de acuerdo al nivel 6 (seis) del tabulador de cuotas de recuperación de “EL HOSPITAL”, autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

El impuesto al valor agregado, solo será procedente cuando así lo establezca la ley aplicable en la materia.

QUINTA. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

“EL INSTITUTO” y “EL HOSPITAL”, se comprometen a llevar un control de las solicitudes a las que se refiere la cláusula tercera, por medio de la determinación de folios consecutivos, con el propósito de verificar en forma oportuna el cumplimiento del presente convenio.

SEXTA. RELACIÓN LABORAL

En relación con el personal que llegue a trabajar con motivo de la ejecución del presente convenio, las partes están de acuerdo en que el mismo se entenderá relacionados únicamente con aquella que lo contrato, por lo que no existirá relación de carácter laboral entre las partes y no podrán ser considerados como patrones sustitutos, y cada una de ellas asumirá las responsabilidades que de tal relación le corresponda.

SÉPTIMA. VIGENCIA DEL CONVENIO

El presente convenio tendrá su vigencia a partir del **1 de enero y hasta el 31 de diciembre del 2014.**

OCTAVA. CESIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES

Se obliga a no ceder en forma parcial ni total, a favor de cualquier persona física o moral, los derechos y obligaciones que se deriven del presente convenio.



NOVENA. CASO FORTUITO O DE FUERZA MAYOR

Queda expresamente pactado que ninguna de las partes es responsable de cualquier retraso o incumplimiento en la ejecución del objeto de este convenio, que resulte directa o indirectamente en caso fortuito o de fuerza mayor, en la inteligencia de que una vez superados estos eventos, se reanudarán las actividades en forma y términos pactados.

DÉCIMA. TERMINACIÓN ANTICIPADA

Las partes, podrá dar por terminado anticipadamente el presente convenio sin responsabilidad para estas y sin necesidad de que medie resolución judicial alguna, cuando concurren razones de interés general dando aviso por escrito por lo menos con treinta días de anticipación a la fecha efectiva de terminación, o bien, cuando por causas justificadas se extinga la necesidad de requerir los servicios objeto del presente convenio, y se demuestre que de continuar con el cumplimiento de las obligaciones pactadas, se ocasionaría algún daño o perjuicio a las partes, en estos casos deberá especificarse la fase en que se encuentra el servicio prestado por **"EL HOSPITAL"** a los pacientes derechohabientes de **"EL INSTITUTO"**, así como las cantidades en numerario que a la fecha de tramitación del presente instrumento adeude **"EL INSTITUTO"** a **"EL HOSPITAL"**.

El presente convenio podrá ser modificado a voluntad de las partes, para lo cual será necesaria la suscripción de un instrumento de similar naturaleza en que participen representantes debidamente acreditados.

DÉCIMA PRIMERA. SUPERVISION

Las partes convienen que **"EL INSTITUTO"** tendrá facultades para verificar, supervisar e inspeccionar que el servicio se esté efectuando por **"EL HOSPITAL"** en los términos y condiciones pactadas, acciones que comprenden efectuar visitas a las instalaciones, para lo cual **EL INSTITUTO"** solicitara el permiso correspondiente a la dirección médica de **"EL HOSPITAL"**.

DÉCIMA SEGUNDA. RELACIÓN DE ANEXOS

Los anexos que se relacionan a continuación son rubricados de conformidad por las partes y forman parte integrante del presente convenio.

Anexo 1 (uno) Tabulador de Precios 2014

Anexo 2 (dos) Formato 4.30.2 "solicitud de subrogación de servicios médicos"

Anexo 3 (tres) Relación de firmas de funcionarios autorizados.

Anexo 4 (cuatro) Dictamen de Disponibilidad Presupuestal.

DÉCIMA TERCERA. JURISDICCIÓN

Este convenio es producto de la buena fe, por lo que toda diferencia, duda o controversia que resulte del mismo en cuanto a su interpretación, cumplimiento a todo lo no previsto en el mismo, las partes convienen a resolverlo en forma conciliatoria y solo de persistir estas, las partes están de acuerdo en someterse a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Federales en la ciudad de Mérida, Yucatán ; renunciando al fuero que pudiera corresponderles en razón de su domicilio actual o futuro.

Previa lectura y debidamente enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente convenio, 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 sextuplicado, en la ciudad de Mérida, Yucatán, el día 31 de Diciembre del año 2013, quedando un ejemplar en poder de **"EL HOSPITAL"** y los demás en poder de **"EL INSTITUTO"**.



<p>POR "EL HOSPITAL"</p>	<p>POR "EL INSTITUTO"</p>
<p> DR. MARCO ANTONIO DE LA FUENTE TORRES DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA PENINSULA DE YUCATAN</p>	<p> C.P. VICTOR SANTIAGO PEREZ AGUILAR DELEGADO ESTATAL DEL IMSS CAMPECHE</p>
<p>AREA CONTRATANTE</p>	
<p><i>"VALIDO EL PRESENTE CONVENIO, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTICULO 33, FRACCION I DEL ESTATUTO ORGANICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA PENINSULA DE YUCATAN"</i></p> <p> DR. JUAN CARLOS ARANA REYES DIRECTOR MEDICO DEL HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA PENINSULA DE YUCATAN</p>	<p> DR. FRANCISCO RODRIGUEZ RUIZ JEFE DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</p> <p> C.P. LUIS MANUEL SANDOVAL ALONZO COORDINADOR DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO.</p>
<p>POR EL AREA SOLICITANTE O REQUIRENTE</p>	
<p><i>"VALIDO DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTICULO 38 FRACCION III DEL ESTATUTO ORGANICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA PENINSULA DE YUCATAN"</i></p> <p> LIC. MONICA SANCHEZ MOLINA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ASUNTOS JURIDICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA PENINSULA DE YUCATAN</p>	<p> DR. DANIEL RICARDO CHI CANUL ENCARGADO DE JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MEDICAS</p> <p><i>"FUNGIO COMO REVISOR TECNICO-LEGAL, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 144 PARTE IN-FINE, DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y NUMERALES 8.1 Y 8.1.3.2 DEL MANUAL DE ORGANIZACION DE LA JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS JURIDICOS."</i></p> <p> LIC. ARSENIO CAUCH MAY JEFE DEL DEPARTAMENTO CONTENCIOSO</p>
<p>POR "EL HOSPITAL" "ADMINISTRADOR DEL CONVENIO"</p>	<p>POR "EL INSTITUTO" "ADMINISTRADORES DEL PRESENTE CONVENIO"</p>
<p> C.P. RAFAEL IVAN AGUIRRE PEREZ DIRECTOR DE OPERACIONES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA PENINSULA DE YUCATAN</p>	<p> DR. ADOLFO LOPEZ GONZALEZ DIRECTOR DEL HGZ C/MF NO. 1 CAMPECHE</p> <p> DR. EDUARDO ENRIQUE RAMOS ARCEO DIRECTOR DEL HGZ C/MF NO. 4 CD. DEL CARMEN</p>