

PRIMER CONVENIO MODIFICATORIO AL CONVENIO DE CONCERTACION NÚMERO **INCMN/301/8/PI/043/2020** DE FECHA 17 DE AGOSTO DE 2020, QUE CELEBRAN, POR **UNA PARTE**, EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN, EN ADELANTE **"EL INSTITUTO"**, REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL DR. DAVID KERSHENONOBICH STALNIKOWITZ, EN SU CALIDAD DE DIRECTOR GENERAL; POR UNA **SEGUNDA PARTE**, LA EMPRESA NOVARTIS FARMACEUTICA S.A. DE C.V. EN ADELANTE **"EL PATROCINADOR"**, REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR LA LIC. KAREN LIZETTE ORIVIO NAVARRO Y LA LIC. GARBIÑE NÚÑEZ SAEZ DE OCÁRIZ, EN SU CALIDAD DE APODERADAS LEGALES, Y CON LA INTERVENCIÓN DE UNA **TERCERA PARTE**, REPRESENTADA POR EL DR. JOSÉ SIFUENTES OSORNIO, EN SU CALIDAD DE INVESTIGADOR PRINCIPAL, EN ADELANTE **"EL INVESTIGADOR"**; A QUIENES ACTUANDO DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ **"LAS PARTES"**, MISMAS QUE SE SUJETAN AL TENOR DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

#### ANTECEDENTES.

1. **"LAS PARTES"** formalizaron el Convenio de Concertación número **INCMN/301/8/PI/043/2020** con fecha 17 de agosto de 2020 en adelante **"EL CONVENIO PRINCIPAL"**, cuyo objeto es el desarrollo del estudio de investigación clínica (Protocolo) titulado **"Estudio de fase 3, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, multicéntrico para evaluar la eficacia y la seguridad de ruxolitinib en pacientes con tormenta de citoquinas asociada a la COVID-19 (RUXCOVID)"**, que se lleva a cabo bajo la supervisión de **"EL INVESTIGADOR"**.
2. De conformidad con la Cláusula Cuarta de **"EL CONVENIO PRINCIPAL"**, éste se encuentra vigente, pues se pactó a **3 (tres) años** a partir de la fecha de su firma.

#### DECLARACIONES

- I. **DECLARA "EL INSTITUTO" A TRAVÉS DE SU DIRECTOR GENERAL:**
  - I.1. Que a la fecha en que se actúa, las facultades con las que suscribió **"EL CONVENIO PRINCIPAL"** y suscribirá el presente convenio modificadorio, son las mismas y no le han sido revocadas ni modificadas.
  - I.2. Que ratifica en todas y cada una de las declaraciones de **"EL CONVENIO PRINCIPAL"**.
- II. **DECLARA "EL PATROCINADOR" A TRAVÉS DE SUS APODERADOS LEGALES:**



II.1 Que ratifica en todas y cada una de sus partes el capítulo de declaraciones de **"EL CONVENIO PRINCIPAL"**

III. **DECLARA "EL INVESTIGADOR" POR SU PROPIO DERECHO LO SIGUIENTE:**

III.1 Que ratifica en todas y cada una de sus declaraciones de **"EL CONVENIO PRINCIPAL"**.

IV. **"LAS PARTES" CONJUNTAMENTE DECLARAN:**

IV.1 Que, con excepción de lo señalado en el presente convenio, se conocen y ratifican expresamente lo acordado en los capítulos de "Declaraciones" y "Cláusulas" que conforman **"EL CONVENIO PRINCIPAL"**.

IV.2 Que el presente convenio se suscribe con fundamento en la **Cláusula Tercera** de **"EL CONVENIO PRINCIPAL"**, con motivo de realizar una modificación en el **Anexo C** con el objetivo de enmendar las aportaciones respecto de **"EL PROTOCOLO"**, así como, esclarecer la realización de las aportaciones respecto al seguimiento de **"LAS PERSONAS PARTICIPANTES"**, tanto de manera presencial como de manera remota.

Expuesto lo anterior, **"LAS PARTES"** se reconocen la personalidad con que comparecen a la celebración del presente Convenio Modificadorio, aceptando sujetarse a los términos y condiciones de la Ley y demás normas y disposiciones legales aplicables en la materia, para lo cual se otorgan las siguientes

#### CLÁUSULAS.

**PRIMERA. MODIFICACIÓN DEL ANEXO C ESQUEMA DE PAGOS: "LAS PARTES"** acuerdan que el esquema de pagos contenido dentro del **Anexo C** del **"CONVENIO PRINCIPAL"**, se modificará con el fin de esclarecer de manera detallada las aportaciones respecto a las visitas de seguimiento de **"LAS PERSONAS PARTICIPANTES"**, conforme a lo señalado en **"EL PROTOCOLO"**, y que éstas, podrán llevarse a cabo tanto de manera presencial, como de manera remota (vía telefónica).

Con base en lo anterior, **"LAS PARTES"** convienen en realizar la modificación al **Esquema de Pagos** contenido en el **Anexo C** del **"CONVENIO PRINCIPAL"**, por lo que se modificará de forma parcial el contenido del **Anexo** en mérito, y se adhiere a la presente enmienda como parte integrante de la misma. Por lo cual, se adjunta a este Convenio modificadorio el **Anexo C** con las adiciones señaladas, mismo que sustituye al inserto en **"EL CONVENIO PRINCIPAL"**.





**SEGUNDA. VIGENCIA.** Este documento tendrá vigencia toda vez que ha sido formalizado de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Cuarta del presente documento, así como las firmas de las partes involucradas.

Las modificaciones acordadas en este convenio modificatorio entrarán en vigor a partir de su fecha de firma hasta la conclusión de la vigencia de "**EL CONVENIO PRINCIPAL**".

**TERCERA.** Salvo lo contenido expresamente en este documento, continúan rigiendo para "**LAS PARTES**", todas y cada una de las condiciones originales establecidas en "**EL CONVENIO PRINCIPAL**" y sus anexos que no fueron objeto de modificación por el presente.

**CUARTA. "LAS PARTES"** reconocen que el presente modificatorio a "**EL CONVENIO PRINCIPAL**", no constituye novación de las obligaciones contenidas en el Convenio y que no existe dolo, error ni violencia o algún vicio del consentimiento en la solución del presente instrumento, por lo que están de acuerdo en todos y cada una de sus antecedentes, declaraciones y cláusulas que lo integran.

**QUINTA.** En el caso de que alguna de las obligaciones de este convenio modificatorio no pueda ser ejecutada o sea invalidada por cualquier tribunal de jurisdicción competente, la ejecución y validez de las obligaciones restantes no se verá afectada.

El presente convenio modificatorio forma parte integrante de "**EL CONVENIO PRINCIPAL**" y se firma por cuadruplicado en la Ciudad de México, a los 03 días del mes de noviembre del año dos mil veinte

**POR EL INSTITUTO**



**DR. DAVID KERSHENOBICH  
STALNIKOWITZ  
DIRECTOR GENERAL**

**POR EL PATROCINADOR**



**LIC. KAREN LIZETTE ORIVIO  
NAVARRO  
REPRESENTANTE LEGAL**

**ASISTE**



**DR. GERARDO GAMBA AYALA  
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN**




**LIC. GARBINE NÚÑEZ SÁEZ DE  
OCÁRIZ  
REPRESENTANTE LEGAL**





**DR. JOSÉ SIFUENTES OSORNIO**  
**INVESTIGADOR RESPONSABLE DEL**  
**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.**

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

LAS FIRMAS QUE ANTECEDEN AL PRESENTE DOCUMENTO CORRESPONDEN AL PRIMER CONVENIO MODIFICATORIO DE CONCERTACIÓN PARA LLEVAR A CABO UN PROYECTO, O PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN EL CAMPO DE LA SALUD QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE NOVARTIS FARMACEUTICA S.A. DE C.V Y POR LA OTRA EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN.





ANEXO C  
ESQUEMA DE PAGOS.

Procedimiento (CNC-D011201)		Screening (I)	D1 (I)	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14	D15
Investigador / Co-investigador Fases		\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00
Procedimiento / Co-procedimiento (documentación, consentimiento informado)		\$1,200.00															
Procedimiento / documento consentimiento informado		\$650.00															
Coordinador Fee		\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00
Procedimientos																	
Fisiología Médica / Examen físico (Dosis diagnóstica)		\$1,000.00															
Examen físico (falta peso, signos vitales, presión, pulso, temperatura)		\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00
Cuentas de laboratorio/clínica		\$500.00	\$500.00														
Exámenes de laboratorio / Medicamentos controlados		\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00
Electrocardiograma 12 derivaciones, Tasa e Interpretación		\$1,200.00															
Citas y manejo de resultados para laboratorio		\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00
Prueba de Eritrocitos en Sangre (lab local)		\$300.00	\$300.00														
Hemograma (lab local)		\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40
Química Sangre (24 items) (lab local)		\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70
Volumen sanguíneo		\$350.00	\$350.00														
Muestra OHA (lab control)		\$350.00	\$350.00														
Muestra hematocrito (lab control)		\$350.00	\$350.00														
Muestra hematocrito (lab control)		\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80
GFR creatinina quíscala (lab local)		\$495.90	\$495.90	\$495.90	\$495.90	\$495.90	\$495.90	\$495.90	\$495.90	\$495.90	\$495.90	\$495.90	\$495.90	\$495.90	\$495.90	\$495.90	\$495.90
Triglicéridos (lab local)		\$488.90	\$488.90	\$488.90	\$488.90	\$488.90	\$488.90	\$488.90	\$488.90	\$488.90	\$488.90	\$488.90	\$488.90	\$488.90	\$488.90	\$488.90	\$488.90
Proteína Creatinina (CPR) (lab local)		\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40
Ferritina (lab local)		\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50
Diferencial (lab local)		\$584.00	\$584.00	\$584.00	\$584.00	\$584.00	\$584.00	\$584.00	\$584.00	\$584.00	\$584.00	\$584.00	\$584.00	\$584.00	\$584.00	\$584.00	\$584.00
Procalcitonina (lab local)		\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60
Radiografía Asistida (MAGNET)																	
Overdose, rating scales		\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00
9-POINT SCALE		\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00
NEMO EVALUATION (NATIONAL ENERGY SURVEYS SCORE 2)		\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00
Battery of testing kit		\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00	\$260.00
Pago de farmacia, administración y custodia de medicamento		\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00
Prestar consentimiento por parte madre & feto, si aplica																	
Screening Failure		\$17,251.20	\$15,201.20	\$5,520.00	\$13,351.20	\$5,520.00	\$13,351.20	\$5,520.00	\$13,351.20	\$5,520.00	\$13,351.20	\$5,520.00	\$13,351.20	\$5,520.00	\$13,351.20	\$5,520.00	\$13,351.20
Valor de la Vida																	
Hospital Overhead (residente clase)		2,548	2,280	828	2,003	828	2,003	828	2,078	828	2,003	828	2,003	828	2,003	828	2,078
Cuota Institucional		15%															
Total visita (procedimientos + honorarios)		\$19,839	\$17,481	\$6,348	\$15,354	\$6,348	\$15,354	\$6,348	\$15,928	\$6,348	\$15,354	\$6,348	\$15,354	\$6,348	\$15,354	\$6,348	\$15,928

*[Handwritten signature]*



D16	D17	D18	D19	D20	D21	D22	D23	D24	D25	D26	D27	D28	D29/EOS	USV	CONTACTO TELEFONICO DE LA DZ a la D28, exceptuan de Screening, D1, D16 Y D29	TOTAL
\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$39,000.00
\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$1,000.00	\$28,813
\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$18,200.00
\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$30,900
\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$300.00	\$5,100
\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$599.40	\$686
\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$1,244.70	\$21,160
																\$26,000
																360
																1,847
\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$1,243.80	\$21,145
\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$8,430
\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$465.90	\$8,277
\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$491.40	\$8,354
\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$1,210.50	\$20,579
\$684.00	\$684.00	\$684.00	\$684.00	\$684.00	\$684.00	\$684.00	\$684.00	\$684.00	\$684.00	\$684.00	\$684.00	\$684.00	\$684.00	\$684.00	\$684.00	\$11,628
\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$1,074.60	\$18,268
\$280.00	\$280.00	\$280.00	\$280.00	\$280.00	\$280.00	\$280.00	\$280.00	\$280.00	\$280.00	\$280.00	\$280.00	\$280.00	\$280.00	\$280.00	\$280.00	\$27,600
\$690.00	\$690.00	\$690.00	\$690.00	\$690.00	\$690.00	\$690.00	\$690.00	\$690.00	\$690.00	\$690.00	\$690.00	\$690.00	\$690.00	\$690.00	\$690.00	\$7,800
\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$19,800
\$5,520.00	\$13,361.20	\$5,520.00	\$13,361.20	\$5,520.00	\$13,361.20	\$5,520.00	\$13,361.20	\$5,520.00	\$13,361.20	\$5,520.00	\$13,361.20	\$5,520.00	\$13,361.20	\$11,731.20	\$109,200.00	\$418,763
\$6,348	\$15,354	\$6,348	\$15,354	\$6,348	\$15,354	\$6,348	\$15,354	\$6,348	\$15,354	\$6,348	\$15,354	\$6,348	\$15,354	\$13,491	\$125,560	\$2,815

*[Handwritten signature]*

[Continúa Esquema de pagos]



*[Handwritten initials]*



Costo por ocurrencia por centro	Costo Unitario	Ocurrencia	Total
Apoyo de insumos	\$2,000.00	1.00	\$2,000.00
Start up fee	\$3,000.00	1.00	\$3,000.00
Apoyo de Transportación de Paciente (máximo a pagar 2 veces por paciente en la duración de todo el estudio, solo aplica en las visitas D15 y D29 solamente de ser necesario)	\$557.00	20.00	\$11,140.00
* (2) Prueba PCR SARS-COV2 virus (máximo una por paciente en todo el estudio)	\$1,227.60	10.00	\$12,276.00
* (2) TAC por zona (sin contraste). Ej craneo, pecho, etc. (máximo una por paciente en todo el estudio)	\$13,884.30	10.00	\$138,843.00
* (2) TAC interpretación y reporte (máximo una por paciente en todo el estudio)	\$214.92	10.00	\$2,149.20

\* (1) Si los procedimientos repetidos de visita de Screening y D1 ocurren el mismo día solamente se pagarán una vez.

\* (2) La Prueba PCR SARS-COV2 virus será pagada para aquellos pacientes que se les realice la prueba posteriormente a la firma de ICF y que no cuenten con una prueba confirmatoria previamente, para los pacientes que ya tengan esta prueba previamente como diagnóstico confirmatorio esto no será pagado. Mismo caso para Radiografía y/o Tomografía. Ya que estas pruebas son parte de la práctica clínica para diagnosticar la enfermedad.

**Continuación del Anexo C**

Como contraprestación por el desempeño satisfactorio del Estudio por parte de **“EL INSTITUTO”** y de **“EL INVESTIGADOR”** de acuerdo con éste Convenio y **“EL PROTOCOLO”**, **“EL PATROCINADOR”** aportará a **“EL INSTITUTO”** la cantidad máxima de \$ 418,763.00 (Cuatrocientos dieciocho mil, setecientos sesenta y tres pesos 00/100 M.N.) por cada **“PERSONA PARTICIPANTE”** aleatorizado; más la suma de \$62,815.00 (sesenta y dos mil, ochocientos setenta y cinco pesos 00/100 M.N.) que corresponden al 15% (quince por ciento) de Cuota Institucional (Over Head), cantidad que será pagada de manera prorrateada y de acuerdo con el procedimiento ejecutado.

Es importante atender que para el caso de la suma del Start-Up Fee, será pagada la cantidad de \$3,000.00 (Quince mil pesos 00/100 M.N.) al momento de la firma del presente contrato. Mientras que, para el pago de Apoyo de insumos, la cantidad pagada será de \$2,000.00 (Dos mil pesos 00/100 M.N.). Para el caso de los dos montos anteriores, hacer el señalamiento que ambos rubros ya fueron pagados en el momento de la firma del **“CONVENIO PRINCIPAL”**.

Sumado a esto, para el caso del TAC por zona (sin contraste) será pagada la cantidad de hasta \$13,884.30 (trece mil ochocientos ochenta y cuatro pesos con treinta centavos 00/100 M.N.) y para el TAC interpretación y reporte, la cantidad de hasta \$214.92 (Doscientos catorce pesos y noventa y dos centavos 00/100 M.N.). Estas pruebas serán pagadas cada uno, hasta un máximo de una vez por paciente a lo largo de toda la duración del estudio, esto con base en los montos señalados dentro del Esquema anterior.

La cantidad anterior (con excepción de la Cuota Institucional), es la suma del total de procedimientos, costos de mano de obra, materiales y todos los gastos incurridos por **“EL INSTITUTO”** para la realización del Estudio. Para que dichas cantidades que integran el total anteriormente señalado puedan ser pagadas, el Monitor será el encargado de constatar que dichos rubros cumplen con los requisitos para ser objeto de pago. Una vez constatado, **“EL PATROCINADOR”** contará con un plazo de noventa (90) días naturales posteriores a la fecha de



8. Se especificará el Código del Estudio en cada factura. **“EL PATROCINADOR”** hará las aportaciones a la cuenta indicada por escrito por **“EL INSTITUTO”** y **“EL INVESTIGADOR”** dentro de (90) noventa días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la factura correspondiente de **“EL INSTITUTO”**.

9. A criterio de **“EL PATROCINADOR”** y de acuerdo a los requerimientos y condiciones de **“EL PROTOCOLO”**, se podrá dar un apoyo económico (transporte o refrigerio) a **“LAS PERSONAS PARTICIPANTES”** en el Estudio, para lo cual, **“EL INVESTIGADOR”** deberá solicitar apoyo a **“EL PATROCINADOR”** presentando los comprobantes de gasto de **“LAS PERSONAS PARTICIPANTES”** cumpliendo con los requisitos establecidos previamente por **“EL PATROCINADOR”**. **“EL INSTITUTO”** deberá emitir una factura fiscal para el reembolso de dichos gastos.

10. **“EL PATROCINADOR”**, podrá realizar la última aportación, una vez que el cierre de la base de datos (Incluye resolución de todas las consultas), del estudio citado en el presente convenio, se lleve a cabo. La fecha de cierre de base de datos deberá ser informada por **“EL PATROCINADOR”**.

11. Las aportaciones a las que se refiere este Convenio por concepto de pruebas y honorarios, deberán efectuarse a la siguiente cuenta bancaria y se seguirán las indicaciones contenidas en la cláusula tercera de este Convenio:

**No. Cuenta:** 04064773096

**No. CLABE:** 021180040647730964

**A nombre de:** INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN CTA CONCENTRADORA ÚNICA PROY. INV.

**R.F.C.:** INC710101RH7

Swift para operaciones en el extranjero (en caso de ser aplicable): BIMEMXMM

*Fin del documento*

