



NÚMERO DE CONVENIO: INCMN/708/8/SS/018/14

19

INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

CONVENIO DE CONCERTACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALIZACIÓN QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN", EN ADELANTE "EL INSTITUTO", REPRESENTADO POR EL DOCTOR DAVID KERSHENOBICH STALNIKOWITZ, EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR GENERAL Y, POR LA OTRA, METLIFE MEXICO, S.A. EN ADELANTE "LA ASEGURADORA", REPRESENTADA POR LOS CC. LUCYABA DÍAZ MARTINEZ Y DANIEL FERNANDO ISLAS, EN SU CARÁCTER DE APODERADOS ESPECIALES, DE CONFORMIDAD CON LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

#### DECLARACIONES

##### I. "EL INSTITUTO", DECLARA A TRAVÉS DE SU DIRECTOR GENERAL QUE:

I.1. Que es un Organismo Público Descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, regido por la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación, el veintiséis de mayo del año dos mil; y que dentro de sus facultades se encuentran la de coadyuvar al funcionamiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud, así como la de proporcionar consulta externa y atención hospitalaria a la población que requiera atención en su área de especialización y afines, en las instalaciones que para el efecto disponga, "EL INSTITUTO".

I.2. El Dr. David Kershenobich Stalnikowitz, en su calidad de Director General, según consta en la Protocolización de Nombramiento, en el Acta número ciento treinta y siete mil doscientos treinta y dos, otorgada ante la fe del Lic. Ignacio Soto Borja y Anda, Titular de la Notaría Pública No. 129 del Distrito Federal, tiene facultades para representar en este acto a "EL INSTITUTO" de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 19, fracción I de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

I.3. "EL INSTITUTO" cuenta con instalaciones, equipo médico quirúrgico de primer orden y personal altamente capacitado para proporcionar los servicios médicos objeto de este convenio.

I.4. "EL INSTITUTO" tiene su domicilio ubicado en la calle de Vasco de Quiroga número Quince, Colonia Sección XVI, Delegación Tlalpan, Código Postal 14000, en México, Distrito Federal y su Registro Federal de Contribuyentes es: INC710101RH7.

##### II. "LA ASEGURADORA", A TRAVÉS DE SU REPRESENTANTE LEGAL, DECLARA QUE:

II.1. Por escritura pública treinta y tres mil trescientos ochenta y dos, del veinticuatro de noviembre de mil novecientos cincuenta y uno, otorgada ante la fe del Licenciado Juan J. Correa Field, entonces titular de la Notaría Pública número treinta y cuatro del Distrito Federal, se constituyó "Seguros Génesis, Sociedad Anónima", entonces denominada "La Ibero



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

NÚMERO DE CONVENIO: INCMN/708/8/SS/018/14

Mexicana" Sociedad Anónima, Seguros de Vida, misma cuya denominación se modificó por la de Metlife México, Sociedad Anónima, en acta de asamblea general extraordinaria de accionistas, de ocho de abril de dos mil tres, protocolizada por escritura pública quince mil setecientos setenta y seis, de veintitrés de abril de dos mil tres, otorgada ante la fe del Licenciado Antonio Andere Pérez Moreno titular de la Notaría Pública número 231 del Distrito Federal, actuando como suplente en el protocolo del Licenciado José Eugenio Castañeda Escobedo, titular de la Notaría número 211 del Distrito Federal.

II.2. Que los CC. Lucyana Díaz Martínez y Daniel Fernando Islas Robles, en su carácter de Apoderados Especiales, cuentan con facultades suficientes para suscribir este convenio en nombre y representación de "LA ASEGURADORA", acreditando su personalidad y la legal existencia de su representada, con la Escritura Pública número nueve mil seiscientos noventa y uno de fecha 09 de septiembre del 2013 otorgada ante la fe del Licenciado Eduardo Francisco García Villegas Sánchez Cordero, Titular de la Notaría número 248 de la Ciudad de México, Distrito Federal.

II.3. Que señala como su domicilio el ubicado en Avenida Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 32, pisos sky lobby, 14 a 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo, México, Distrito Federal.

II.4. Que su Registro Federal de Contribuyentes de su representada es MME920427EM3

II.5. Que tiene interés en que "EL INSTITUTO", le proporcione a sus asegurados, servicios de atención médica y hospitalización, en las áreas de su especialidad.

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

#### CLÁUSULAS

**PRIMERA. OBJETO:** "EL INSTITUTO" se compromete a proporcionar dentro de sus instalaciones, en la medida de sus posibilidades a "LA ASEGURADORA", los servicios de atención médica y hospitalización especializados en enfermedades biomédicas vinculadas con la medicina interna de su alta especialidad y la relacionada con la nutrición, que le requiera por escrito para sus asegurados.

Para los efectos de esta Cláusula se entenderá por asegurados a toda persona que tenga celebrado con "LA ASEGURADORA" un convenio de seguro de gastos médicos y que sea remitido mediante documento firmado por persona autorizada para tales efectos por la misma.

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

- a) Proporcionar en la medida de sus posibilidades los servicios de atención médica hospitalaria que le solicite por escrito "LA ASEGURADORA", para sus asegurados, con base a la categoría correspondiente al nivel de clasificación número 7 del tabulador de cuotas de recuperación **ANEXO II**.



NÚMERO DE CONVENIO: INCMN/708/8/SS/018/14

INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

- “EL INSTITUTO” tendrá facultades para verificar los datos que consignen en la solicitud de prestación de servicios médicos de “LA ASEGURADORA” y pedirá a los asegurados una identificación oficial vigente con fotografía.
- b) Comunicar vía telefónica a “LA ASEGURADORA” dentro de las veinticuatro horas hábiles siguientes al ingreso y egreso de los afiliados que les envíe.
  - c) Proporcionar a los asegurados a que se refiere el objeto del presente convenio, un carnet en el que se establezcan los datos del seguro que tiene contratado con “LA ASEGURADORA”. En el entendido de que su vigencia quedará condicionada a aquella que determine “LA ASEGURADORA”.
  - d) Presentar mensualmente a “LA ASEGURADORA” los documentos que amparen las cantidades por concepto de los servicios prestados, a fin de cubrir en su totalidad los gastos de sus asegurados.
  - e) Suministrar a los asegurados hospitalizados de “LA ASEGURADORA” los medicamentos e insumos que requieran y practicarles los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que sean necesarios, de conformidad con los lineamientos que para el efecto tiene establecidos.
  - f) Conservar el expediente clínico del asegurado por un periodo mínimo de 5 (cinco) años contados a partir de la fecha de la última revisión médica.
  - g) Los expedientes son confidenciales y propiedad de “EL INSTITUTO”, quien únicamente otorgará información verbal. El resumen clínico deberá solicitarse por escrito, y sólo por los asegurados, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente. “LA ASEGURADORA”, podrá tener acceso al expediente clínico de acuerdo a las políticas propias de “EL INSTITUTO”, Por lo cual será obligación de “EL INSTITUTO” integrar el expediente clínico por cada paciente referido por “LA ASEGURADORA”, en apego estricto a las disposiciones establecidas por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.
  - h) Informar a “LA ASEGURADORA” a la brevedad posible cuando los asegurados que envíe, no acepten firmar los documentos que sean necesarios para la práctica de los Servicios que requieran.

**TERCERA. OBLIGACIONES DE “LA ASEGURADORA”:** Para la ejecución del presente Convenio “LA ASEGURADORA” se obliga a:

- a) Remitir a los asegurados que requieran atención médica-hospitalaria a “EL INSTITUTO” en el **ANEXO I** de este Convenio, que firmada por las partes forma parte integrante del mismo. Sin esta carta-autorización por parte de “LA ASEGURADORA” los gastos erogados serán a cargo del asegurado.



NÚMERO DE CONVENIO: INCMN/708/8/SS/018/14

INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

La solicitud de prestación de Servicios hecha por "LA ASEGURADORA" implica la autorización de ésta, respecto a la procedencia de los gastos médico-hospitalarios en que incurran sus asegurados, por lo que no podrá objetarlos con posterioridad.

b). Hacer del conocimiento de los asegurados que remita a "EL INSTITUTO" para su atención médica-hospitalaria, que deberán respetar los reglamentos y órdenes que rijan en "EL INSTITUTO" durante su estancia.

c.) Informar a sus asegurados que, para el caso de que deseen egresar voluntariamente de las instalaciones de "EL INSTITUTO" aún en contra de recomendación médica, antes de abandonar las instalaciones de "EL INSTITUTO", suscribirá un documento en el que se expresen claramente las razones que motivan su egreso, responsabilizándose de cualquier situación que pudiera presentarse después del evento, mismo que deberá ser avalado por dos testigos idóneos, de los cuales uno será designado por "EL INSTITUTO" y el otro por el paciente asegurado.

d). Eximir de toda responsabilidad a "EL INSTITUTO" en el caso de que los asegurados que le envíe, egresen voluntariamente de las instalaciones de "EL INSTITUTO", aún en contra de recomendación médica.

Queda establecido que la negativa de los asegurados de "LA ASEGURADORA", a recibir el tratamiento médico-hospitalario que sea necesario, no la libera de pagar los gastos que por concepto de atención médica les hubiere proporcionado "EL INSTITUTO"; por lo que ésta deberá responder por los mismos.

e). Pagar a "EL INSTITUTO" dentro de los veinte días hábiles siguientes al día en que reciba la cuenta de gastos por los servicios de atención médica-hospitalaria brindada a sus asegurados, de conformidad con lo establecido en la cláusula Quinta del presente documento.

f). Respetar los reglamentos internos y horarios de "EL INSTITUTO", para la prestación de los Servicios, materia del presente Convenio.

g). Proporcionar a "EL INSTITUTO" toda información y documentos necesarios para que sus asegurados reciban los Servicios adecuados, objeto del presente instrumento.

**CUARTA. CUOTAS DE RECUPERACIÓN:** Las partes convienen en que las cuotas de recuperación que servirán de base para la prestación de los servicios objeto de este Convenio serán las que rijan para el nivel de clasificación número 7, que se encuentre vigente en el momento en que se proporcionen los servicios objeto de este convenio.

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

En caso de incrementarse durante la vigencia de este convenio, "EL INSTITUTO" proporcionará su tabulador de cuotas de recuperación a "LA ASEGURADORA" mediante comunicación otorgada por escrito, surtiendo sus efectos a partir del momento en que oficialmente sea notificada "LA ASEGURADORA", mismo que deberá sustituirse.



NÚMERO DE CONVENIO: INCMN/708/8/SS/018/14

INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

**QUINTA. FORMA DE PAGO:** Las partes convienen en que el pago por concepto de los servicios de atención médica hospitalaria, objeto de este convenio, lo hará "LA ASEGURADORA" dentro de los veinte días hábiles siguientes a la fecha en que "EL INSTITUTO" le entregue la cuenta de gastos correspondientes en las oficinas operativas de "LA ASEGURADORA", ubicadas en Avenida Blvd. Manuel Ávila Camacho Número 32, pisos sky lobby, 14 a 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.

Los pagos de los servicios prestados serán cubiertos mediante depósito y/o transferencia a la cuenta personal de "EL INSTITUTO", con las indicaciones que se encuentran en el anexo III que firmado por las partes forma parte integral del presente convenio.

**SEXTA. VIGENCIA:** La vigencia del presente convenio será por tiempo indefinido, pudiendo en todo momento darse por terminado, a solicitud de cualquiera de las partes, mediante notificación por escrito a la otra parte, con treinta días naturales de anticipación.

Cualquier modificación o variación a los términos y condiciones pactados en este Convenio, deberá estipularse por escrito y sin este requisito no será válida.

**SÉPTIMA. SUBROGACIÓN:** Las partes están de acuerdo en que para el caso de que "EL INSTITUTO" se vea en la necesidad de subrogar algún tipo de servicio médico, por tratarse de padecimientos ajenos a las especialidades que fomentan, esta será facultad exclusiva de "EL INSTITUTO", por lo que no requerirá de la autorización previa de "LA ASEGURADORA". "EL INSTITUTO" se compromete a dar aviso inmediato de la subrogación a "LA ASEGURADORA" cuando ésta proceda.

El costo de los servicios subrogados será a cargo exclusivo de "LA ASEGURADORA", por lo que ésta se pondrá en contacto con la institución que preste el servicio que se subroga para tales efectos, tan pronto como "EL INSTITUTO" se lo haga de su conocimiento.

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

**OCTAVA. CONFIDENCIALIDAD:** Las partes están de acuerdo en que toda la información a que tengan acceso "LA ASEGURADORA", por sí o por conducto de sus representantes, con motivo de este Convenio, es de índole estrictamente confidencial, tal y como lo prevé el artículo 14 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

**NOVENA. PENA CONVENCIONAL:** "LA ASEGURADORA" se compromete a pagar a "EL INSTITUTO" por concepto de mora por simple retraso en el cumplimiento de su obligación de pago, un interés moratorio mensual equivalente a la tasa correspondiente al costo porcentual promedio de captación vigente durante la mora.

**DÉCIMA. RESPONSABILIDAD:** "EL INSTITUTO", sus empleados o personal autorizado para brindar u ofrecer los Servicios de atención médica y hospitalización especializada, serán responsables por la prestación de los servicios a los que se refiere el presente Convenio, y



NÚMERO DE CONVENIO: INCMN/708/8/SS/018/14

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

aceptan expresamente que cualquier daño físico, moral o de cualquier otra naturaleza que se pudiera ocasionar a las personas enviadas por "LA ASEGURADORA", por impericia, negligencia, falta de atención, utilización de equipos, materiales, instrumentos, sustancias peligrosas, inadecuadas, obsoletas, etc., que legal y judicialmente hayan sido imputados a "EL INSTITUTO", por lo que éste será el único responsable, en lo presente y en lo futuro, a quien en su caso lo sustituya, independientemente de la denominación que ostente.

**DÉCIMA PRIMERA. CESIÓN DE DERECHOS:** "LA ASEGURADORA" por ningún motivo podrá ceder total o parcialmente los derechos y obligaciones estipuladas en este convenio.

**DÉCIMA SEGUNDA. RESCISORIA:** Las partes podrán rescindir el presente convenio sin necesidad de declaración judicial alguna, con el sólo hecho de comunicar su decisión por escrito a la contraparte con treinta días naturales de anticipación, para el caso de que ésta incumpla cualquiera de las obligaciones estipuladas a su cargo.

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

Leído que fue el presente Convenio y enteradas las partes de contenido y consecuencias legales, se firma en tres ejemplares en la Ciudad de México, Distrito Federal, el 14 de Febrero del año 2014.

POR "EL INSTITUTO"

DR. DAVID KERSHENOBICH  
STALNIKOWITZ  
DIRECTOR GENERAL

POR "LA ASEGURADORA"

C. LUCYANA DÍAZ MARTINEZ  
APODERADO ESPECIAL

C. DANIEL FERNANDO ISLAS ROBLES  
APODERADO ESPECIAL

# ANEXO III

(requisitar sólo los datos en color azul)  
(PAPEL MEMBRETADO DEL PROVEEDOR)

fecha

METLIFE MEXICO, S.A  
Boulevard Manuel Avila Camacho N° 32 Sky Lobby, Piso 14 a 20 y PH  
Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000  
Delegación Miguel Hidalgo, México D.F.

At'n.: Subdirección de Redes Médicas.

Por medio del presente me permito solicitarle que los pagos que como contraprestación de los servicios que esta empresa reciba de mi representada, sean cubiertos mediante depósito y/o transferencia a la cuenta personal de *Nombre del proveedor*, por lo que le proporcionamos la información y documentación necesaria para llevar a cabo lo solicitado, de merecer su conformidad:

#### Información:

- Denominación fiscal del proveedor: *nombre del proveedor*
- Registro Federal de Contribuyentes: *RFC*
- Domicilio fiscal del proveedor: *domicilio fiscal del proveedor*
- Datos de la escritura constitutiva del proveedor:  
*fecha de constitución, nombre del notario y número de la notaría ante la cual se constituyó*
- Nombre del Representante Legal del proveedor: *nombre del Representante Legal del proveedor*
- Datos de la escritura por la cual se transfiere la representación social:  
*fecha de otorgamiento, nombre del notario y número de la notaría ante la cual se otorga*
- Datos del Contacto:  
número telefónico, de fax y dirección de correo electrónico para notificación de pagos

#### Datos Bancarios:

Nombre completo con el cual se tiene apertura y registrada la cuenta bancaria  
Banco ante el cual se encuentra apertura  
Número de cuenta bancaria  
Número sucursal en la cual se maneja la cuenta bancaria  
Clave Bancaria Estandarizada (CLABE) (18 dígitos)  
Referencia (sólo para pagos referenciados)  
Tipo de Cuenta (Chequera, Maestra, Débito)  
Nombre y dirección de la sucursal en la cual se maneja la cuenta bancaria

#### Documentos Adjuntos:

- Copia de la Cédula de Identificación Fiscal
- Copia del Acta Constitutiva Completa
- Copia del Poder Notarial Completo
- Copia de la Identificación Legal del Representante Legal
- Copia del Estado de Cuenta de la empresa

De merecer su conformidad con lo solicitado, desde este momento le ratificamos que los pagos así realizados se entenderán recibidos de conformidad deslindado de cualquier responsabilidad derivada de esta forma de pago a METLIFE MEXICO, S.A.

Agradeciendo de antemano su atención a la presente, quedamos de Ustedes:

Atentamente.

Nombre y Firma de representante legal  
Nombre de la empresa