

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS DE ALTA ESPECIALIDAD PARA LA ATENCIÓN MEDICO-QUIRURGICA DE CATARATA, PARA LOS AFILIADOS DEL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD, DEL ESTADO DE JALISCO, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DENOMINADO RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DE JALISCO, EN LO SUCESIVO "EL ORGANISMO", REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL DR. CELSO DEL ANGEL MONTIEL HERNÁNDEZ, EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR GENERAL Y POR OTRA PARTE, LA EMPRESA DENOMINADA, ÁNGELES VISIÓN HOSPITAL DE OFTALMOLOGIA, S.A. DE C.V. EN LO SUCESIVO "LA SUBROGATARIA", REPRESENTADA POR EL DR. GONZALO GONZÁLEZ GÓMEZ, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, AL TENOR DE LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLAÚSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES:

1.- El artículo 5º de la Ley General de Salud establece que el Sistema Nacional de Salud se integra por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local y las personas físicas y morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, teniendo por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

2.- El artículo 8º de la Ley General de Salud, determina que con propósitos de complemento y de apoyo recíproco, se delimitarán universos de usuarios y las instituciones de salud podrán llevar a cabo contratos de subrogación de servicios.

3.- Que la Ley General de Salud en su artículo 77 BIS 1 y artículos 12 y 13 del Reglamento del mismo ordenamiento en Materia de Protección Social en Salud, establecen, entre otras cosas, la obligatoriedad de la prestación de los servicios médicos comprometidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud vigente, con oportunidad, calidad y sin costo para el afiliado al momento de su utilización.

DECLARACIONES:

I.- "EL ORGANISMO", POR CONDUCTO DE SU REPRESENTANTE, DECLARA QUE:

I.1.- Es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal, creado mediante la ley publicada en el periódico oficial del el Estado de Jalisco, con fecha del 09 de Septiembre de 2015 con personalidad jurídica y patrimonio propios, con atribuciones para realizar aquellas acciones tendientes a garantizar el derecho a la protección de la salud de los habitantes afiliados al REGIMEN ESTATAL DE PRTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DE JALISCO, (SEGURO POPULAR).

I.2.- Tiene atribuciones para administrar los recursos humanos, materiales y financieros que conforman su patrimonio, con sujeción a las disposiciones legales aplicables, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 18, de la Ley que lo crea, y a lo establecido en el "Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en el Estado de Jalisco, celebrado entre la Federación y el Estado de Jalisco con fecha 10 de Marzo de 2015;

I.3.- Su Director General fue designado el día 19 de abril de 2016 como tal, por el C. Lic. Jorge Aristóteles Sandoval Díaz, Gobernador Constitucional del Estado y está facultado Su Director está facultado para suscribir el presente instrumento conforme a lo dispuesto por el artículo 18, fracciones II, III y XI de la Ley de su creación y a la autorización otorgada por su Junta de Gobierno, a través del Acuerdo del punto 4 (cuatro), aprobado en la Sesión Ordinaria, celebrada el día 30 de Octubre, de 2015.

I.4.- Este contrato, ha sido adjudicado mediante el procedimiento de Adjudicación Directa en los términos de los artículos 13, fracción I de la Ley de Adquisiciones y Enajenaciones del Gobierno del Estado de Jalisco, según consta en **Acuerdo de Adjudicación No. OPD, REPSS, JAL. DAJ.002-2016.**

I.5.- Dispone del recurso presupuestal para las erogaciones del presente contrato, según consta en la Requisición de Compra y Asignación Presupuestal, número de solicitud S116, folio 0042.

I.6.- Se realizó investigación de mercado y se detectó insuficiencia de hospitales certificados para cubrir la demanda de servicios médicos, por lo cual la presente contratación se realiza en términos del punto SEXTO del *Acuerdo por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados, que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de*

los gobiernos federal, estatales, del Distrito Federal y municipales, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de Diciembre del 2011.

1.7.- Cuenta con la capacidad y representación legal necesarias para la celebración del presente convenio, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

**II.- “LA SUBROGATARIA”, POR CONDUCTO DE SU REPRESENTANTE,
DECLARA QUE:**

II.1.- Es una Persona Moral, constituida conforme a las leyes mexicanas, que dentro de su objeto será:

a).- La prestación de todo tipo de servicios médicos, hospitalarios, quirúrgicos, así como toda clase de estudios y análisis clínicos, en especial todo lo relacionado con la oftalmología y cualquier otro que tenga relación o sea complementario de estas actividades.

b).- El manejo y administración de hospitales, farmacias y laboratorios que sean necesarios o convenientes para el mejor desarrollo del objeto social de la sociedad.

c).- La compraventa, comisión, consignación, distribución, comercialización, importación y exportación de todo tipo de medicamentos y medicinas de uso humano, así como de materia quirúrgico y hospitalario.

d).- La compraventa, arrendamiento, importación y exportación de todo tipo de equipo médico y hospitalario.

e).- La adquisición y arrendamiento de todo tipo de bienes muebles e inmuebles que sean necesarios o indispensables para el mejor desarrollo del objeto social de la sociedad.

f).- Garantizar obligaciones de terceros mediante cualquiera de las formas permitidas por la Ley sean estas personas físicas o morales, siempre y cuando estos terceros tengan alguna relación con la actividad de la sociedad.

g).- La compraventa de toda clase de bienes muebles e inmuebles y el arrendamiento de los mismos, siempre y cuando estos sean necesarios o convenientes para el desarrollo del objeto social de la sociedad.

h) La celebración de toda clase de actos y contratos, sean estos civiles, mercantiles o laborales y en general el desarrollo de cualquier actividad, que se considere necesaria o indispensable para el mejor desarrollo del objeto social.

i).- En general celebrar y realizar todos los actos, contratos y operaciones conexos, accesorios o accidentales que sean necesarios o convenientes para la realización de los objetos anteriores.

II.2.- Es propietaria del establecimiento ubicado en la Av. Gómez Morín # 244, Colonia San Antonio el Alto en Tepatitlán de Morelos, Jalisco, mismo que tiene como actividad la prestación de servicios de atención médica de diversas en la especialidad de Oftalmología.

II.3.- Tiene como clave del Registro Federal de Contribuyentes él AVH100206EP3.

II.4.- Acredita su legal existencia con el Testimonio de la Escritura Pública Número 58,645 de fecha 04 de Febrero de 2010, que contiene su acta constitutiva, misma que fue pasada ante la fe del Lic. Enrique Casillas Franco, Notario Público No.5 de la municipalidad de Tepatitlán de Morelos, Jalisco.

Asimismo mediante Escritura Pública Número 4,464 de fecha 20 de Noviembre de 2012, en la cual se formalizó el acta de la asamblea general extraordinaria de accionistas de fecha 29 de Febrero de 2012, en el que se autoriza el incremento del capital social, pasada ante la fe Lic. Gabriela Jarcia Medel, Notario Público Titular No. 2, en Tepatitlán de Morelos, Jalisco.

II.5.- Su representante tiene carácter de Administrador General Único, conforme se desprende de la escritura Pública Número 58,645 de fecha 04 de Febrero de 2010, misma que fue pasada ante la fe del Lic. Enrique Casillas Franco, Notario Público No.5, de la municipalidad de Tepatitlán de Morelos, Jalisco; carácter que a la fecha no le ha sido revocado.

II.6.- Cuenta con la Licencia Sanitaria número 00000481-R, para Hospital, otorgada por la Secretaría de Salud Jalisco, documento que ha sido concedido conforme a la Legislación Sanitaria.

II.7.- Tiene capacidad legal para contratar y obligarse en la ejecución de los servicios de este contrato ya que dispone de elementos propios y personal capacitado, así como la organización suficiente y reúne las condiciones técnicas y económicas necesarias para ello.

II.8.- Que la cuenta electrónica a la que se le deberán de abonarle los depósitos por el pago de los servicios quirúrgicos, a los afiliados al Seguro Popular, el número de la clabe "012396001741240574" y cuenta 0174124057 de BANCOMER.

II.9.- Que cuenta con la clave única de servicios de salud "CLUES" JCSMP1322-

III.- AMBAS PARTES, A TRAVÉS DE SUS REPRESENTANTES, DECLARAN QUE:

III.1.Tienen a la vista los documentos que se mencionan en el presente instrumento en los que constan las facultades y atribuciones con las que comparecen a la celebración del mismo. Por lo que una vez leídos éstos, se reconocen recíprocamente la capacidad Legal con que se ostentan, y

III.2.- Comparecen a este acto en plenitud de facultades, de manera libre y espontánea, y

III.3.- Convienen en celebrar el presente Contrato sujetándose al tenor de las siguientes:

CLÁUSULAS:

PRIMERA. - OBJETO. - El objeto del presente contrato es que "LA SUBROGATARIA" otorgue a los afiliados del Sistema de Protección Social en Salud que le sean referidos por "EL ORGANISMO", los servicios médicos de alta especialidad que se mencionan en la **CLÁUSULA TERCERA**, y se describe en el **ANEXO 1** así como los medicamentos, auxiliares de diagnóstico e insumos asociados a la intervención, "EL ORGANISMO" pague a "LA SUBROGATARIA" las cuotas establecidas en la Cláusula Séptima del presente instrumento.

SEGUNDA.- VIGENCIA.- La vigencia improrrogable de este contrato iniciará a partir del 01 julio al 31 de diciembre de 2016.

TERCERA.- ESPECIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS.- Los servicios que “**LA SUBROGATARIA**” se obliga a prestar a los afiliados que le sean referidos por el “**EL ORGANISMO**” incluyen:

I.- La Consulta de Especialidad en Oftalmología que requiera cirugía de catarata en cualquiera de sus técnicas: Extracapsular o Facoemulsificación.

II.- la atención médica pre, trans y post-quirúrgica de los pacientes que requieren ser sometidos a procedimientos de cirugía mayor ambulatoria, en la Especialidad de oftalmología. Intervención 287 “Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico de Cataratas”.

III.- Los servicios auxiliares del diagnóstico y tratamiento.

- Cálculo de lente intraocular
- Ecografía ocular modo A y B
- Microscopía especular del
- Endotelio corneal
- Queratometría
- Tonometría ocular
- Valoración de segmento anterior y Posterior.
-

IV.- Los demás que se deriven de los anteriores y que sean indispensables para el cumplimiento de los mismos.

Los servicios que se obliga a otorgar “**LA SUBROGATARIA**”, deberán brindarse en el domicilio de Av. Manuel Gómez Morín no.244 Col. San Antonio el Alto, cp. 47640 en Tepatitlán de Morelos, Jal. Y tendrá cobertura todos los días de la vigencia del presente instrumento.

Los servicios mencionados serán proporcionados con materiales, insumos y personal propio de “**LA SUBROGATARIA**”, en los términos que se relacionan en EL ANEXO # 1 del presente instrumento.

“**LA SUBROGATARIA**” otorgará atención médica integral, de conformidad con los protocolos de atención médica y las guías de práctica clínicas aplicables en la materia y en estricta observancia a la **NOM-026-SSA3-2012, Para la Práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria**, desde el ingreso del paciente hasta su alta, incluyendo

la consulta previa al evento para la valoración del paciente, los auxiliares de diagnóstico señalados en él **la ANEXO #1** que sean necesarios para la atención, así como las consultas posteriores o de seguimiento que le permita a **"LA SUBROGATARIA"** llevar un adecuado manejo de sus pacientes.

CUARTA. PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN. "EL ORGANISMO" podrá colocar en las instalaciones de "LA SUBROGATARIA" logotipos, tanto del Sistema de Protección Social en Salud como de la secretaría de Salud, los cuales deberán estar ubicados en lugares visibles, que y tendrán una permanencia igual a la vigencia de este instrumento jurídico.

QUINTA. CALIDAD DE LOS SERVICIOS. "LA SUBROGATARIA" se obliga a proporcionar a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, trato digno y atención médica efectiva, ética y segura misma que deberá ser verificable a través del Expediente Clínico, como elementos que definen la Calidad de su unidad.

"LA SUBROGATARIA" deberá proporcionar los servicios con base en la buena práctica, acordes con los estándares nacionales, las normas oficiales mexicanas y los protocolos emitidos por las Guías de Práctica Clínica descritas en el Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) vigente.

Así como dar a conocer a los pacientes, familiares, tutor o representante, los derechos a los que se hace acreedor al aceptar y recibir los servicios de salud que corresponda, de acuerdo a la intervención médica a la que vaya a ser sometido, y obtener los consentimientos debidamente informados que se requieran en los términos de la normatividad aplicable.

"LA SUBROGATARIA" deberá atender a los pacientes con personal calificado que asuma una actitud cortés, amable y mediante un lenguaje comprensible de parte del equipo de salud, con respeto a las convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con las condiciones socioculturales de género e informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento y otorgar las facilidades para la obtención de la segunda opinión al respecto.

Así como conceder a los pacientes la libertad de decidir, sin ninguna forma de presión, sobre el procedimiento diagnóstico y/o tratamiento que se le proponga;

así como la de contar, si así lo desea, con la opinión de un segundo médico o en su caso el derecho de rechazar tratamientos o procedimientos, así como aquellos incluidos en protocolos de investigación, sin que ello afecte tratamientos futuros.

El personal profesional, técnico y auxiliar que utilice "**LA SUBROGATARIA**" deberá tener la capacidad técnica y requisitos académicos que señale la normativa jurídica de la materia.

Así mismo deberá otorgar capacitación y actualización a su personal en lo concerniente a Normas Oficiales Mexicanas, Guías de Práctica Clínica, Temas Bióticos (Derechos de los pacientes, de los beneficiarios del Seguro Popular, de los médicos, de las enfermeras, Código de conducta para el personal de salud y de Bioética para el personal de salud).

Los insumos, medicamentos, equipamiento y material, que se utilicen en la atención de los afiliados referidos por "**EL ORGANISMO**" deberán contar con la calidad sanitaria que se establezca en la normativa aplicable y de conformidad con el cuadro básico de medicamentos vigente. Así mismo apearse a la *NOM-016-SSA3-2012 que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.*

Los expedientes clínicos que comprueben los servicios otorgados por "**LA SUBROGATARIA**" a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, bajo los términos del presente contrato, deberán contener los criterios establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, *del Expediente Clínico.*

"**LA SUBROGATARIA**" deberá mantener la garantía de la calidad tanto de su unidad como de los servicios, durante la vigencia del presente contrato, buscando en todo momento la certificación de su unidad médica hospitalaria, de conformidad con el *Acuerdo por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados, que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, del Distrito Federal y municipales, publicado en el D.O.F. de fecha 29 de Diciembre del 2012.* Notificando oportunamente a "**EL ORGANISMO**" la información correspondiente a la evaluación, certificación o re certificación, aplicado a su unidad.

“LA SUBROGATARIA” deberá mantener la calidad tanto de su Unidad como de los servicios, durante la vigencia del presente contrato, en caso de no contar con dictamen de acreditación, deberá demostrar que se encuentra en proceso de obtenerla por medio del Programa Anual de Acreditación vigente, notificando oportunamente a **“EL ORGANISMO”** el estatus del proceso.

SEXTA.- PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN.- **“LA SUBROGATARIA”** dará atención en los términos del presente contrato a los afiliados que le sean referidos por **“EL ORGANISMO”**, solicitándole la documentación siguiente:

1.- Copia de la Póliza de Afiliación Vigente (debiendo constatar que la misma cuenta con firma del afiliado y, sello de Seguro Popular con vigencia activa y firma del Operador de Modulo que la expide).

2.- Copia de Identificación con fotografía.

3.- Hoja de Referencia y Contrareferencia (debiendo constatar que la misma se encuentre en original debidamente requisitada, con signas tanto del médico tratante como del responsable del servicio que realiza la referencia, así como sello de la unidad de atención médica que refiere).

SÉPTIMA. ESPECIFICACIÓN DE LAS CUOTAS. **“EL ORGANISMO”** otorgará a **“LA SUBROGATARIA”** las cuotas por evento que a continuación se detallan:

I.- Por cada usuario referido que reciba atención médica integral, que requiera Cirugía de Catarata, en cualquiera de sus técnicas: Extracapsular o Facoemulsificación, incluyendo consulta previa y posteriores al evento, auxiliares de diagnóstico, estudios preoperatorios y lente intraocular, la cantidad de \$6,586.00 (Seis mil quinientos ochenta y seis pesos 00/100 M.N.).

Las cuotas indicadas incluyen el importe del I.V.A. y retribuyen a **“LA SUBROGATARIA”** por todos los servicios que preste en los términos de este Contrato, por lo que no tendrá derecho a exigir ninguna otra percepción distinta a las enumeradas.

En todo caso, durante todo el tiempo de vigencia de este contrato, la cantidad total que se pagará a **"LA SUBROGATARIA"** con motivo de este Contrato, no deberá exceder la cantidad presupuestalmente autorizada, cuyo monto es de \$5,000,000.00. (Cinco millones de pesos 00/100 M.N.) Incluido el importe del I.V.A.

OCTAVA.- COMPROBACIÓN DE LOS SERVICIOS.- Los servicios otorgados a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, deberán ser comprobados oportunamente por **"LA SUBROGATARIA"** ante **"EL ORGANISMO"**, los días 01 y 16 de cada mes (cuando las fechas establecidas concurren en días inhábiles lo realizará al día hábil inmediato siguiente), No es necesario concluir quincena para la presentación de facturación si ya se otorgaron 50 servicios, mediante el procedimiento siguiente:

I.- Documento: Oficio original en hoja membretada que contenga signos del Representante Legal y el Administrador de **"LA SUBROGATARIA"**, especificando el número de servicios, con su respectivo monto y número de quincena que corresponda, (quincena 01 abarca los días el 01 al 15, quincena 02 los días comprendidos del 16 al término del mes; así como el número de factura correspondiente, con sello de la unidad y firma de un representante de la misma anexando el archivo impreso del XML.

II.- Concentrado de Servicios: Mediante el Formato Único de comprobación para Hospitales Privados subrogados **ANEXO 2**, debidamente signado por el Representante Legal y el Administrador de **"LA SUBROGATARIA"** y CD (disco compacto magnético) que contenga archivo digital del mismo en formato Excel con no más de 50 (cincuenta) servicios por factura, así como archivos en PDF de la factura y archivo XML.

III.- Documentación Soporte (Conjunto mínimo de documentos y requisitos que describen los servicios otorgados así como el hospital y personal médico que los avala. Los aceptados para este rubro, se describen en los siguientes puntos de la cláusula) del Servicio Otorgado de cada paciente y archivo escaneado de la misma, consistente en:

1).- Original y electrónico de formato Excel para la comprobación de la atención, **ANEXO 2**, el cual debe contar con la firma, nombre; del Director y Administrador del hospital y el sello correspondiente de dicho hospital.

2).- Copia simple de la Póliza de Afiliación vigente y firmada o huella por su titular, debidamente sellada por el afiliador del módulo de atención y orientación.

3).- Copia simple de Identificación oficial del beneficiario con fotografía que requiere la atención médica IFE y/o INE, INSEN, INAPAM, Pasaporte, Carta de Identidad expedida por el Municipio y/o de Residencia DIF, Tarjeta de Residente Temporal o Permanente (extranjeros) del Instituto Nacional de Migración y para los menores de edad el CURP o acta de nacimiento según sea el caso.

4).- Copia fotostática de la Hoja de Referencia y Contrarreferencia foliada que contenga signas del médico tratante, nombre y número de cédula profesional y responsable de la unidad y sello de la misma y/o Hoja de alta voluntaria debidamente firmada o con huella digital del afiliado.

5).- Original del Resumen Clínico en el formato proporcionado por "EL ORGANISMO", **ANEXO 3** debidamente requisitado, signado por el médico especialista tratante con nombre y número de cédula profesional, así como del Director médico de "LA SUBROGATARIA" con sello de la misma.

6).- Original de Encuesta de Salida de Satisfacción **ANEXO 4** debidamente firmada por el beneficiario de la atención médica y que contenga huella dactilar del mismo. Dicha encuesta queda a resguardo en "EL ORGANISMO"

NOTA: Anexar solo los documentos anteriormente mencionados tanto en físico como digital y omitir cualquier otro fuera de lo solicitado.

Para efectos de la comprobación de servicios otorgados, "LA SUBROGATARIA" se obliga a apegarse a las políticas, lineamientos y criterios establecidos por el "EL ORGANISMO".

A criterio de las áreas competentes de **EL ORGANISMO**, en caso de encontrar observaciones susceptibles de corrección, las informará oficialmente a "LA SUBROGATARIA", para que éste las atienda, subsane y/o esclarezca en un

plazo no mayor a 5 días hábiles posteriores a la recepción de la notificación, en el entendido que, en caso de que **"LA SUBROGATARIA"** no lo realice de manera completa y oportuna, **"EL ORGANISMO"** procederá a realizar la validación de los servicios efectivamente comprobados.

Los servicios no comprobados dentro del periodo quincenal correspondiente, no podrán pagarse en diverso periodo, así como las comprobaciones que no sean subsanadas en el término concedido para ello.

NOVENA.- LUGAR Y FORMA DEL PAGO.- **"EL ORGANISMO"** pagará las cuotas pactadas, según los servicios comprobados que efectivamente se prestaron, y que serán detallados en relación validada por personal de la dirección de gestión médica en primera instancia, para pasarla a la dirección de administración quien comprobará que la documentación contable y la facturación sea correcta para que proceda su pago, para el caso de que la documentación no sea correcta se suspenderá el proceso de pago hasta en tanto se solviente lo observado.

El pago se realizará de acuerdo a la disposición presupuestal de **"EL ORGANISMO"** dentro de los siguientes 30 días naturales posteriores a la recepción de la factura y la relación de servicios debidamente validados, mediante cheque o transferencia Electrónica a la cuenta 0174124057 Clabe 012396001741240574, de Bancomer, que el proveedor señala para tal efecto. Si el pago fuera en cheque este se entregará en el término estipulado con antelación en las oficinas de **"ORGANISMO"**, cita en Chapultepec número 113, Col. Ladrón de Guevara, Guadalajara, Jalisco, segundo piso Contra el acuse del mismo.

DÉCIMA.- REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.- **"LA SUBROGATARIA"** sólo dará atención en los términos de este Contrato, a los afiliados que le sean referidos por **"EL ORGANISMO"**, conforme a lo establecido en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia **ANEXO 5**.

Si por eventos supervenientes, o agravamiento del paciente, se requiriera la referencia a una unidad hospitalaria de segundo o tercer nivel de atención médica, esta se decidirá por el médico tratante y se realizará de conformidad con los protocolos aplicables.

Una vez concluida la atención médica integral otorgada por **"LA SUBROGATARIA"**, ésta se obliga a realizar la contrarreferencia del beneficiario a la unidad pública de salud que le corresponda para su seguimiento y control utilizando el Sistema Nacional de Referencia y Contrarreferencia e informando al paciente de los beneficios de acudir a la misma; en caso de no realizarlo, la atención médica otorgada por **EL SUBROGATARIO** no será validada por **"EL ORGANISMO"**.

DÉCIMA PRIMERA.- OBLIGACIONES LEGALES DE LA ATENCIÓN MÉDICA.-

En los términos de la Ley General de Salud y sus Reglamentos en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y en Materia de Protección Social en Salud, Ley Federal para la Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y demás análogas, Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínicas correlativas, **"LA SUBROGATARIA"** deberá cumplir con las formalidades establecidas en cuanto al ingreso del beneficiario, la información y atención que tiene derecho a recibir, la integración del expediente clínico, el tratamiento terapéutico, el egreso del paciente, el tratamiento, uso y transmisión de datos personales y sensibles y demás actividades y procedimientos relacionados con la atención que recibe.

DÉCIMA SEGUNDA.- RESPONSABILIDADES.- Será responsabilidad exclusiva de **"LA SUBROGATARIA"** las relaciones laborales con el personal Médico, para médico y/o administrativo de su Hospital, así mismo de las negligencias médicas si es que las hubiere como consecuencia de los procesos quirúrgicos practicados a los afiliados al REPSS, JAL. Así mismo como de cualquier tipo de responsabilidad ya sean del orden Civil, Penal y/o Administrativo.

DÉCIMA TERCERA.- SUPERVISIÓN, VERIFICACIÓN Y VIGILANCIA.- Para efecto de vigilar el cumplimiento de la normativa sanitaria y de los compromisos derivados del presente contrato, tanto la COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD como **"EL ORGANISMO"** podrá en todo

momento realizar visitas de inspección y verificación a "LA SUBROGATARIA". También se compromete a tener bajo resguardo los expedientes clínicos ordenados conforme a la NOM 004 SSA3 2012, los cuales pondrá a disposición ante cualquier solicitud de los diferentes órganos fiscalizadores.

"EL ORGANISMO", podrá en todo momento realizar visitas de supervisión, monitoreo y vigilancia respecto de los servicios otorgados o reportados por "LA SUBROGATARIA", en base a la Tutela de Derechos de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y el Catalogo Universal de Servicios de Salud aplicable.

DÉCIMA CUARTA.- RESCISIÓN.- "EL ORGANISMO" podrá rescindir el presente contrato en cualquier momento, y sin responsabilidad alguna, cuando a su juicio, "LA SUBROGATARIA" incumpla cualquiera de las obligaciones derivadas del presente contrato, bastando para ello ejercer el derecho de rescisión, que "EL ORGANISMO" comunique a la "SUBROGATARIA" su decisión con cuando menos tres días naturales de anticipación, asimismo "LA SUBROGATARIA" podrá rescindir el presente instrumento comunicando a "EL ORGANISMO", por lo menos con **mes de anticipación**.

De igual manera "EL ORGANISMO" podrá rescindir el presente contrato cuando "LA SUBROGATARIA" se encuentre dentro los supuestos siguientes:

- 1.- Por la pérdida de la certificación.
- 2.- Por la obtención de dictamen de "NO CERTIFICADO".

A partir del 01 de Enero de 2012, el requisito de certificación del CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados, que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, del Distrito Federal y municipales, publicado en el D.O.F. de fecha 29 de Diciembre del 2011.

DECIMA QUINTA.- DOMICILIOS CONVENCIONALES.- Para todos los efectos legales de este contrato, las partes señalan como sus domicilios los siguientes:

I.- "EL ORGANISMO".- En la Av. Chapultepec No.113, colonia Ladrón de Guevara, cp.44600 en la Ciudad de GUADALAJARA, JALISCO.

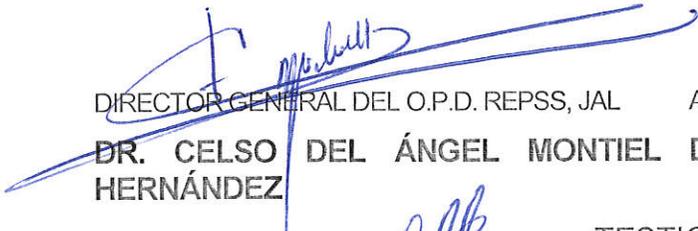
II.- "LA SUBROGATARIA".- En la Av. Gómez Morín No.244, colonia San Antonio el Alto, c.p.47640, en la Ciudad de Tepatitlán de Morelos, Jalisco.

DÉCIMA SEXTA.- COMPETENCIA.- Las partes convienen en que para la interpretación y cumplimiento del presente contrato, se sujetarán a la competencia de los tribunales civiles del fuero común del primer partido judicial, ubicado en el área metropolitana de esta ciudad capital.

ESTE CONTRATO FUÉ FIRMADO EN LA CIUDAD DE GUADALAJARA, JALISCO, EL DÍA 1 DE JULIO DE 2016, POR LOS COMPARECIENTES EN UNIÓN DE LOS TESTIGOS QUE DAN CUENTA DEL ACTO.

"POR EL ORGANISMO"

"POR LA SUBROGATARIA"


DIRECTOR GENERAL DEL O.P.D. REPSS, JAL

DR. CELSO DEL ÁNGEL MONTIEL HERNÁNDEZ

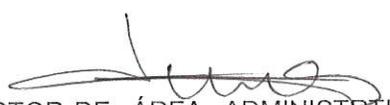

ADMINISTRADOR GENERAL

DR. GONZALO GONZÁLEZ GÓMEZ.

TESTIGOS


DIRECTOR GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES, DEL O.P.D.S.S.J.

DR. EDUARDO COVARRUBIAS IÑIGUEZ


DIRECTOR DE ÁREA ADMINISTRATIVA DEL REPSS.JAL.

LIC. JOSÉ ANTONIO AMAYA SANTAMARIA.


DIRECTOR DE ÁREA JURÍDICA, REPSS, JAL

LIC. RODRIGO SOLÍS GARCÍA.

ANEXO I DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA EMPRESA ÁNGELES VISION S.A. de C.V. PARA 2016



COMISION NACIONAL DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD
CATALOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD 2016



287

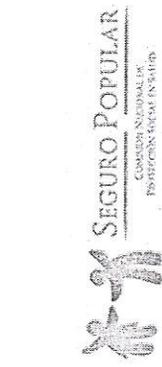
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CATARATAS

Clasificación	Medicamentos e Insumos			Normatividad	Auxiliares de Diagnóstico
	Código	Nombre	Descripción		
CIE-10 H1E Catarata senil	910 0012 70 00	ALCOHOL POLIVINILICO SOLUCION OPTALMICA.	Cada mL contiene: Alcohol polivinílico 14 mg. Envase con gotero integral con 15 mL.	NOI-M04-06-A3-0012	Oscuridad de lente intracocular
CIE-10 H1E Otras cataratas	910 0012 80 00	ATROPINA SOLUCION OPTALMICA.	Cada mL contiene: Sulfato de atropina 10 mg. Envase con gotero integral con 15 mL.	GPO-0686TE-126-08-EyR GPO-0686TE-128-08-EyR	Ecografía ocular modo A y B Microscopio especular del endotelio corneal
CIE-10 H1E Catarata y otras cataratas en pacientes con diabetes mellitus	910 0012 90 00	CLOFRANFENICOL SOLUCION OPTALMICA.	Cada mL contiene: Clofranfenicol levógiro 5 mg. Envase con gotero integral con 15 mL.	GPO-0686-182-08-EyR	Queratometría
CIE-9-MD 14.2X Evaluación y tratamiento de la catarata mediante técnicas de ultrasonido térmico	910 0012 90 00	CLOFRANFENICOL UNGUENTO OPTALMICO.	Cada g contiene: Clofranfenicol levógiro 5 mg. Envase con 5 g.		Tonometría ocular Valoración de segmento anterior y posterior
CIE-9-MD 14.3X Evaluación y tratamiento de la catarata mediante técnicas de ultrasonido de alta potencia y láser	910 0012 90 00	CLOFRANFENICOL SUSPENSION OPTALMICA.	Cada 100 mL contiene: Clofranfenicol levógiro 0.5 g. Glicocetamida sodica 15 g. Envase con gotero integral con 15 mL.		
CIE-9-MD 14.4 Evaluación y tratamiento de la catarata mediante técnicas de ultrasonido de alta potencia	910 0012 90 00	CLOFRANFENICOL UNGUENTO OPTALMICO.	Cada g contiene: Clofranfenicol levógiro 5 mg. Envase con 5 g.		
CIE-9-MD 14.71 Evaluación y tratamiento de la catarata mediante técnicas de ultrasonido de alta potencia	910 0012 90 00	HIPROMELOSA SOLUCION OPTALMICA AL 0.5%.	Cada mL contiene: Hipromelosa 5 mg. Envase con gotero integral con 15 mL.		
	910 0012 90 00	HIPROMELOSA SOLUCION OPTALMICA AL 2%.	Cada mL contiene: Hipromelosa 20 mg. Envase con gotero integral con 15 mL.		
	910 0012 90 00	TETRACALINA SOLUCION OPTALMICA.	Cada mL contiene: Cloruro de tetracalina 0.6 mg. Envase con gotero integral con 10 mL.		
	910 0012 90 00	TICERAMICINA SOLUCION OPTALMICA.	Cada mL contiene: Sulfato de ticeramicina e hidróxido de ticeramicina o ticeramicina 5.0 mg. Envase con gotero integral con 5 mL.		



Handwritten blue ink marks, including a large checkmark and a signature.

ANEXO 2 CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD, QUE CELEBRAN EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO Y LA EMPRESA DENOMINADA "ÁNGELES VISIÓN", S.A. DE C.V."



REPORTE NOMINAL: QUINCENAL
 ENTIDAD FEDERATIVA: JALISCO
 NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA:
 PATOLOGÍA: CATARATA

PERIODO DE FECHA DE ATENCIÓN:
 10

N° DE REGISTRO	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE)	SEXO	EDAD	CURP	FOLIO SEGURO POPULAR	EXPEDIENTE MÉDICO	FECHA DE DIAGNÓSTICO	FECHA DE ATENCIÓN	FASE DE ATENCIÓN	TIPO FASE DE ATENCIÓN	ÓRGANO	GRUPO	FECHA DE EGRESO	TIPO DE CASO	UNIDAD QUE REFIERE	COSTO DEL SERVICIO

NOMBRE Y FIRMA DEL GESTOR MÉDICO

SELLO DE LA UNIDAD

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

ANEXO 3 PARA CONTRATO DE SERVICIOS CON LA EMPRESA ÁNGELES VISION S.A.de
C.V. DURANTE 2016

LOGOTIPO DE LA UNIDAD MÉDICA

--

NOTA DE EGRESO DEL PACIENTE

Nombre

Edad

Sexo:

No. Expediente

Fecha y hora de ingreso:

Diagnóstico de ingreso:

Diagnóstico de egreso:

Fecha	resúmen
Hora	

Signos vitales	Evolución

Peso	Complicaciones
Talla	

	Alta
Hora de egreso	
	Cita a

Nombre, firma y cédula del médico

(Handwritten signatures and marks)

FICHA TECNICA DEL AFILIADO:				N° CONSECUTIVO DE ENCUESTA	
Folio de Afiliación:		Sexo		Edad	
Fecha Aplicación:		Nivel de Atención		Número de expediente	
Hospital subrogado:					
Hospital de Referencia:					
Domicilio del Paciente:		Colonia		Teléfono	

SATISFACCIÓN.										
Después de recibir el servicio en esta Unidad, me podría calificar del 1 al 10 ¿Qué tan satisfecho sale con la atención que le dio... (Siendo 1 insatisfecho y 10 muy satisfecho)										
Médico Tratante										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No aplica	Totalmente Insatisfecho		Insatisfecho		Regularmente satisfecho		Satisfecho		Muy satisfecho	
El personal de Enfermería										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No aplica	Totalmente Insatisfecho		Insatisfecho		Regularmente satisfecho		Satisfecho		Muy satisfecho	
El personal Paramédico o Camillero										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No aplica	Totalmente Insatisfecho		Insatisfecho		Regularmente satisfecho		Satisfecho		Muy satisfecho	
El Personal Administrativo (Recepcionista, Caja, Etc.)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No aplica	Totalmente Insatisfecho		Insatisfecho		Regularmente satisfecho		Satisfecho		Muy satisfecho	

INFORMACIÓN.										
Después de recibir atención en esta Unidad, me podría calificar del 1 al 10 si se le dio información clara por parte de...										
El Médico tratante										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No aplica	Totalmente Insatisfecho		Insatisfecho		Regularmente satisfecho		Satisfecho		Muy satisfecho	
El personal de Enfermería										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No aplica	Totalmente Insatisfecho		Insatisfecho		Regularmente satisfecho		Satisfecho		Muy satisfecho	
El personal administrativo (Recepcionista, caja, Etc.)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No aplica	Totalmente Insatisfecho		Insatisfecho		Regularmente satisfecho		Satisfecho		Muy satisfecho	

Handwritten signature and blue checkmarks are present at the bottom right of the page, indicating approval or completion of the form.

IDENTIFICACIÓN E IMAGEN DEL PERSONAL.										
Después de recibir atención en esta Unidad, de la calificación del 1 al 10 ¿Qué calificación le daría a Uniforme o vestimenta del personal?										
Personal de la Unidad.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No responde	Muy mal		Mal		Bien		Muy bien		Excelente	
El Personal de la Unidad que la atendió cargaba su gafete										
No se dio cuenta			No				Si			
0			5				10			

LIMPIEZA DE LA UNIDAD										
Después de recibir atención en esta Unidad, de la calificación del 1 al 10 ¿Qué calificación le daría a la limpieza de la Unidad?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No responde	Muy mal		Mal		Bien		Muy bien		Excelente	

SEGURIDAD.										
Después de recibir atención en esta Unidad, de la calificación del 1 al 10 ¿Ud. se siente protegido (a) dentro de la Unidad?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No responde	Muy Inseguro		Inseguro		Regularmente Seguro		Seguro		Muy Seguro.	

PROTECCIÓN DE SEGURO POPULAR										
De la calificación del 1 al 10 ¿Después de recibir su atención en esta Unidad, Ud. se siente protegido (a) en su salud y la de su familia por Seguro Popular?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No respondió	Nada Protegido		Regularmente Protegido			Protegido		Muy Protegido		

En esta ocasión tuvo algún gasto en su atención										
No respondió	Si				No					
0	5				10					

De la calificación del 1 al 10 ¿Le explicaron claramente el porque?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No respondió	Nada Claro		Regularmente Claro			Claramente		Muy Claramente		

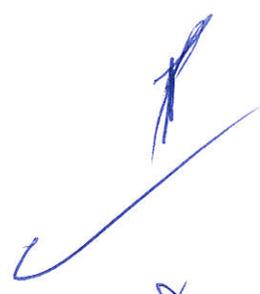
ACCESIBILIDAD										
Que tiempo hizo del Hospital que la refirió a este Hospital										
No respondió	1 a 15 minutos		16 a 30 minutos			30 a 60 minutos		> 1 hora.		
	10		9			6		0		
Cuanto tiempo paso desde que llego a la Unidad para que la Atendiera el Medico										
No respondió	1 a 15 minutos		16 a 30 minutos			30 a 60 minutos		> 1 hora.		
	10		7			5		0		

ANEXO 4 PARA EL CONTRATO DE SERVICIOS CON LA EMPRESA ÁNGELES VISION S.A. de C.V. 2016

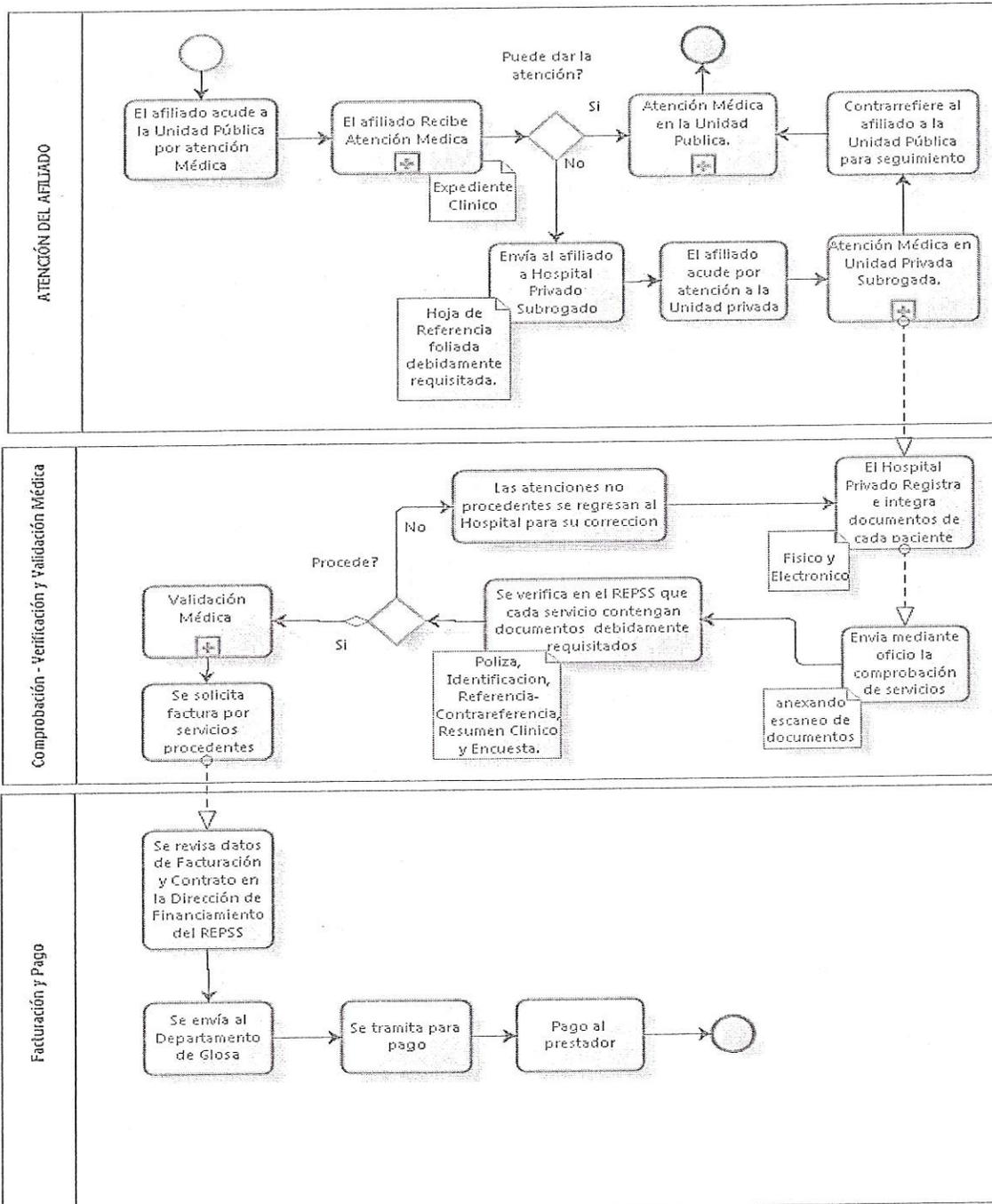
SERVICIO				
¿Que servicio fue el que solicito?				
GINECO - OBSTETRICIA		CIRUGIA		ORTOPEDIA
¿Le negaron algún servicio?				
No respondió	Si		No	
¿Por qué?				
No respondió	No se cubre en el Catalogo de Seguro Popular	No se contaba con el servicio en la Unidad	No se cuenta con el servicio por el momento en la Unidad	Otro.
¿Su atención fue como Usted esperaba?				
No respondió	Si		No	
0	10		0	

Nombre del responsable de la aplicación y captura correcta de la Encuesta:	
--	--

Firma ó huella del Paciente Afiliado:	
---------------------------------------	--




ANEXO 5 DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS CON LA EMPRESA ÁNGELES VISION S.A. de C.V. URANTE 2016



[Handwritten signatures and initials in blue ink]