

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL **INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES**, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ "**EL INSTITUTO**", REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL **C. ING. JUAN ANTONIO GONZÁLEZ VILLASEÑOR**, EN SU CARÁCTER DE **DIRECTOR**, Y POR LA OTRA PARTE EL **DRA. MARISELA ANTILLÓN BUSTAMANTE** QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ "**EL PROFESIONISTA**", SUJETÁNDOSE AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS.

## DECLARACIONES

### I.- EL INSTITUTO:

1.- Que es un organismo público descentralizado de la administración pública municipal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, creado por el H. Congreso del Estado, mediante Decreto número 874-83 10 P.E., de fecha 25 de agosto del año 1983, publicado en el Periódico Oficial del Estado, el día 27 de agosto del mismo año.

2.- Que de conformidad con el artículo 8 fracciones VIII y XV, y demás relativas y aplicables de Decreto que crea el Instituto Municipal de Pensiones, el **ING. JUAN ANTONIO GONZÁLEZ VILLASEÑOR**, en su carácter de **Director**, tiene las facultades para contratar y obligarse en los términos del presente, así como para realizar los actos necesarios para el debido funcionamiento de organismo.

3.- Que tiene por objeto el otorgar prestaciones de seguridad social a los trabajadores al servicio del Municipio de Chihuahua.

4.- Que es su voluntad contratar los servicios profesionales independientes de un médico con la especialidad de **CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA**, mediante el pago de honorarios que más adelante quedan especificadas en las cláusulas del presente instrumento por cada servicio que preste, a efecto de que realice actividades consistentes en:

**REALIZAR ATENCIÓN MÉDICA A LOS DERECHOHABIENTES Y BENEFICIARIOS QUE SE ENCUENTREN GOZANDO DE SUS DERECHOS, DE ACUERDO A LA PROPIA LEY DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES.**

### II.- EL PROFESIONISTA:

1.- Que cuenta con la estructura, conocimientos y capacidad necesarios para prestar servicios como profesionista independiente en el área de **CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA** con cédula profesional número 2213860.

2.- Que es su deseo prestar sus servicios como profesionista independiente, desarrollando las actividades mencionadas en el inciso (d), de la primera declaración.

3.- Que se encuentra dado de alta ante la Secretaria de Hacienda y Crédito Público como persona física, con registro Federal de Contribuyentes: AIMB-651230-5C4.

### III.- LAS PARTES.

- 1.- Que han convenido que los honorarios que serán pagados a **EL PROFESIONISTA** corresponderán a la prestación del servicio que en forma independiente realice.
- 2.- Que han convenido en la forma y términos para la prestación de servicios, estando de acuerdo en formalizarlo al tenor de las siguientes:

### CLÁUSULAS

**PRIMERA.- EL INSTITUTO** contrata los servicios de **EL PROFESIONISTA** y éste se obliga a prestarlos mediante el pago de los honorarios que más adelante se mencionan y detallan.

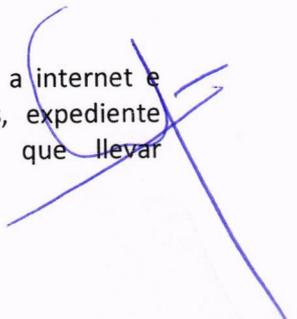
**SEGUNDA.-** Será un **PROFESIONISTA** independiente, contratado para realizar las funciones o actividades consistentes en:

- Hacer registros en el expediente clínico en todo acto de atención médica, tanto a nivel de consultorio como de hospital, acorde a lo señalado en:
  - a).- Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 del expediente clínico electrónico.
  - b).- Norma oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.
  - c).- Y en general lo señalado en las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud.
- Prescripción de medicamentos acorde al cuadro básico de **EL INSTITUTO**.
- Atención ordinaria a nivel de consultorio y de hospital, y el cumplimiento cabal de las guardias para cobertura de la **atención médica urgente**. (Elaboradas por **EL INSTITUTO** cada año en conjunto con los médicos por especialidad).
- En los casos de atención **médica hospitalaria**, el médico acudirá a prestar la atención en el hospital en donde **EL INSTITUTO** haya indicado el internamiento.
- Cuando el responsable de la atención médica en el servicio de urgencias de **EL INSTITUTO** lo requiera, **EL PROFESIONISTA** acudirá a prestar valoración médica, durante su turno de guardia.
- Respetar los reglamentos internos de cada hospital.
- La consulta externa se otorgará como mínimo acorde al cronograma: Días y horario abierto, previa cita, mismo que no será modificable sin un acuerdo previo con **EL INSTITUTO**. Las intervenciones quirúrgicas se llevaran a cabo de acuerdo a la programación convenida con **EL INSTITUTO**.
- **EL PROFESIONISTA** deberá contar con equipo de cómputo con conexión a internet e impresora para el uso del sistema médico de **EL INSTITUTO**; las citas, expediente electrónico y acceso a medicamentos y laboratorios se tendrán que llevar obligatoriamente en el sistema.

ovr.

W





**TERCERA.- EL PROFESIONISTA** se obliga en todo momento con LOS DERECHOHABIENTES a:

- a) Otorgarles un acceso para los servicios que este brinde, en sus propias instalaciones o en cualquier otro lugar que acuerde con **EL INSTITUTO**.
- b) Dirigirse a los mismos en todo momento con respeto y dignidad.
- c) Cuidar que los servicios que le sean prestados se le proporcionen con privacidad y respeto.
- d) Brindarle, tanto a él como a sus acompañantes, medidas de seguridad adecuadas.
- e) Darle a conocer su identidad y grado de preparación así como de la persona responsable del equipo que en su caso esté utilizando.
- f) Informarle en forma comprensible para él, sobre su padecimiento, los métodos, diagnósticos y sus riesgos, beneficios, alternativas, así como las medidas terapéuticas que se requieran.
- g) No someterlo a ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico, sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas. Asimismo, permitir que participe en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.
- h) Informarle que podrá solicitar otras opiniones sobre su padecimiento.
- i) Informarle que podrá negarse a aceptar las propuestas terapéuticas.

**CUARTA.- EL PROFESIONISTA** se obliga a guardar y mantener la confidencialidad del servicio objeto de este contrato, de la información recibida y proporcionada por **EL INSTITUTO**, o que sean observados por **EL PROFESIONISTA**.

**EL PROFESIONISTA** hará que sus empleados, representantes, asesores o subcontratistas que tengan acceso o conocimiento de la información confidencial, la guarden y mantengan bajo dicho carácter, cumpliendo con las obligaciones de confidencialidad que aquí se estipulan. Lo anterior en el entendido que **EL PROFESIONISTA** deberá, en caso de ser necesario, celebrar todos aquellos contratos o convenios de confidencialidad, a fin de que sus empleados, representantes, asesores o subcontratistas protejan la información confidencial. Asimismo, **EL PROFESIONISTA** se obliga a capacitar a las personas aquí mencionadas en relación con el uso y cuidado que deben guardar respecto de la información confidencial, así como darles a conocer los alcances de las obligaciones de confidencialidad contenidas en el presente documento. **EL PROFESIONISTA** deberá proteger la información confidencial que le haya sido revelada, con el mismo grado de cuidado, pero nunca en grado menor al que emplea para proteger su propia información confidencial.

**QUINTA.- EL INSTITUTO** podrá efectuar las observaciones que considere pertinentes con relación a la calidad en el servicio objeto de este instrumento, antes de cumplir con el pago de sus honorarios o en cualquier otro momento.

Cuando **EL INSTITUTO** detecte irregularidades en la prestación del servicio, deberá notificarlas a **EL PROFESIONISTA** quien se obliga a corregirlas en un plazo máximo de tres días hábiles; independientemente de la responsabilidad legal; asimismo se obliga frente a **EL INSTITUTO**, por la devolución de las cantidades pagadas por la prestación irregular del servicio en el plazo antes estipulado.

W

h

**SEXTA.-** Por el servicio a que se refieren las cláusulas anteriores, **EL INSTITUTO**, se obliga a pagar al **PROFESIONISTA**, por concepto de honorarios, derivado de los servicios profesionales objeto de este contrato, la cantidad de acuerdo al siguiente tabulador (sujetos a retención del ISR):

CONSULTA	\$ 300.00	
VISITA A HOSPITAL	\$ 400.00	1° AL 10° DIA
	\$ 300.00	SUBSECUENTES
TERAPIA INTENSIVA	\$ 500.00	1° AL 10° DIA
	\$ 400.00	SUBSECUENTES

**SÉPTIMA.-** Los pagos se efectuarán dentro de los 30 días naturales siguientes a la entrega de los recibos de honorarios correspondientes, que cumplan con los requisitos fiscales. Los recibos deberán suscribirse a favor del Instituto Municipal de Pensiones, con domicilio en Calle Río Sena, No. 1100 Col. Alfredo Chávez de esta ciudad C.P. 31414, con Registro Federal de Contribuyentes IMP-830825-SM3.

Así, se estipula que los procedimientos motivo de recibos mencionados en el párrafo anterior pueden tener como máximo 30 días de antigüedad por lo que si no se cumple con este requisito no serán reconocidos por **EL INSTITUTO** y por ende no serán cubiertos, por lo que **EL PROFESIONISTA**, se obliga a entregar oportunamente los mismos.

**OCTAVA.- EL PROFESIONISTA**, desarrollará sus actividades en calidad de profesionista independiente, es decir, en forma totalmente independiente respecto de las actividades propias de **EL INSTITUTO**. Ambas partes reconocen y aceptan que no existe relación laboral alguna entre **EL INSTITUTO** y el personal de **EL PROFESIONISTA** por lo que será por cuenta y a cargo de este último el cumplimiento de las obligaciones patronales de carácter laboral, fiscal, de seguridad social y de cualquier otra índole a su cargo respecto de su personal y se extenderá hasta en tanto transcurran los plazos de prescripción previstos en la Ley Federal del Trabajo, Ley de INFONAVIT, Ley del Impuesto sobre la Renta, Ley del Seguro Social y demás ordenamientos legales aplicables. Por lo que tampoco existirá una subordinación por parte del **PROFESIONISTA**, para con **EL INSTITUTO**, quedando pactado también que dada la naturaleza de los servicios que se van a prestar como profesionista independiente, no existirá ningún beneficio contemplado en la Ley Federal de Trabajo, tales como vacaciones, prima vacacional, aguinaldo, participación de los trabajadores en las utilidades de las empresas, finiquito y en general de cualquier prestación que se derive de una relación laboral; ya que inclusive manifiesta el **PROFESIONISTA**, que cuenta con varios clientes a los cuales también les presta servicios profesionales independientes.

**NOVENA.-** La vigencia de este contrato de prestación de servicios, será a partir del **01 DE ENERO DEL 2018 HASTA EL 9 DE SEPTIEMBRE DEL 2018**, quedando sin efectos cualquier otro contrato firmado con anterioridad. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado este contrato, notificando por escrito con 30 días de anticipación.

**DÉCIMA.-** Ambas partes convienen en que cualquier modificación a las disposiciones del presente contrato, se harán por escrito y de común acuerdo se firmarán. Se anexarán y formarán parte integral del mismo. Para todo lo no previsto en el presente contrato, las partes convienen en que serán aplicables las disposiciones relativas al caso que se desprendan del Código Civil para el Estado de Chihuahua.

**DÉCIMA PRIMERA.-** Ambas partes convienen en que, para el caso de controversia, se someterán a lo preceptuado por el Código Civil vigente en el Estado, así como también aceptan de manera expresa la jurisdicción de los Tribunales Civiles Competentes de la Ciudad de Chihuahua, Chih., renunciando a cualquier otro fuero que por razón de domicilio u otra causa, presente o futura pudiera corresponderles.

**DÉCIMA SEGUNDA.-** Para los efectos legales a que haya lugar, ambas partes manifiestan como sus domicilios convencionales y legales los siguientes:

**EL INSTITUTO.-** Calle Río Sena No. 1100, de la Col. Alfredo Chávez, de esta ciudad de Chihuahua, Chih.

**EL PROFESIONISTA.-** DRA. MARISELA ANTILLÓN BUSTAMANTE, Calle Rosales No. 3712, Col. Obrera, Chihuahua, Chih.

**LEIDO QUE FUE EL PRESENTE CONTRATO, Y ENTERADAS LAS PARTES DE LAS OBLIGACIONES QUE POR VIRTUD DEL MISMO CONTRAEN, LO FIRMAN DE CONFORMIDAD EN LA CIUDAD DE CHIHUAHUA, CHIH., EL DIA 02 DE ENERO DEL 2018.**

**EL INSTITUTO**

**INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES**  
Representado por:  
**ING. JUAN ANTONIO GONZÁLEZ VILLASEÑOR**  
**DIRECTOR**

**EL PROFESIONISTA**

**DR. MARISELA ANTILLÓN BUSTAMANTE**

**TESTIGOS**

**DR. ALFONSO ESCAREÑO CONTRERAS**  
SUBDIRECTOR MÉDICO



**LIC. ALEJANDRA DOMÍNGUEZ VALENZUELA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO JURÍDICO



**C.P. SILVIA G. VALDEZ GÓMEZ**  
SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA



TABULADOR DE PROCEDIMIENTOS MEDICO QUIRURGICOS CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

DRA. MARISELA ANTILLON BUSTAMANTE

an.



1. ESCISION DE LESION BENIGNA TRONCO BRAZOS PIERNAS DE DE 5 CMS O MENOS...	\$3000
2. ESCISION DE LESION BENIGNA TRONCO BRAZOS PIERNAS DE 5 A 10 CMS.....	\$5000
3. ESCISION DE LESION BENIGNA EN CARA DE 5 CMS O MENOS.....	\$5000
4. ESCISION DE LESION BENIGNA EN CADA DE 5 A 10 CMS.....	\$10000
5. COLOCACION DE EXPANSORES TISULARES.....	\$12000
6. EXTRACCION DE EXPANSOR TISULAR.....	\$8000
7. CORRECCION SIMPOLE DE HERIDAS EN CARA.....	\$4000
8. CORRECCION SIMPLE DE HERIDAS EN TRONCO BRAZOS PIERNAS.....	\$3000
9. TOMA Y APLICACIÓN DE INJERTOS ESPESOR TOTAL O PARCIAL.....	\$5000
10. ROTACION DE COLGAJOS LOCALES.....	\$10000
11. ROTACION DE COLGAJO SURAL NEUROSENSITIVO.....	\$18000
12. ROTACION DE COLGAJO DE IMRE.....	\$15000
13. ROTACION DE COLGAJO FASCIOCUTANEO.....	\$15000
14. ROTACION DE COLGAJO MUOCUTANEO.....	\$25000
15. MARSUPIALIZACION.....	\$10000
16. MASTECTOMIA POR GINECOMASTIA.....	\$12000
17. MASTECTOMIA GLANDULAR.....	\$15000
18. RECONSTRUCCION MAMARIA CON IMPLANTES MAMARIOS.....	\$18000
19. RECONSTRUCCION MAMARIA CON EXPANSORES MAMARIOS.....	\$12000
20. RECONSTRUCCION MAMARIA CON ROTACION DE COLGAJO.....	\$20000
21. REDUCCION MAMARIA.....	\$25000
22. RECONSTRUCCION DE COMPLEJO AREOLA PEZON.....	\$12000
23. TENORRAFIA (1 TENDON).....	\$5000

aw

~~Handwritten signature~~

Handwritten signature

Handwritten signature

24. RECONSTRUCCION TENDINOSA CON INJERTO DE TENDON (UN TENDON).....	\$10000
25. TRANSFERENCVIAS TENDINOSAS (UN TENDON).....	\$15000
26. RECONSTRUCCION DE PUNTA DIGITAL.....	\$7000
27. REDUCCION DE FRACTURA EN MANO ABIERTA CON MAT OS(UNA FRACTURA).....	\$8000
28. NEURORRAFIA (UN NERVIO).....	\$10000
29. TOMA Y APLICACIÓN DE INJERTO NERVIOSO.....	\$15000
30. TENOLISIS.....	\$5000
31. SINOVECTOMIA.....	\$7000
32. PLASTIA UNGUEAL.....	\$7000
33. TOMA Y APLICACIÓN DE MATRIZ UNGUEAL.....	\$9000
34. FASCIOTOMIA DESCOMPRESIVA EN MIEMBRO TORACICO O MANO.....	\$10000
35. RESECCION DE GANGLION O QUISTE SINOVIAL.....	\$10000
36. EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO O MIEMBRO TORACICO.....	\$7000
37. LIBERACION TUNEL DEL CARPO.....	\$10000
38. LIBERACION NERVIO CUBITAL CANAL DE GUYON.....	\$10000
39. LIBERACION DE NERVIO CUBITAL MEDIANO RADIAL EN CODO O ANTEBRAZO.....	\$15000
40. MIOPLASTIA.....	\$8000
41. APLICACIÓN DE FERULA ESTATICA.....	\$2000
42. APLICACIÓN Y HECHURA DE FERULA DINAMICA.....	\$4000
43. QUEILOPLASTIA.....	\$18000
44. PALATOPLASTIA.....	\$20000
45. ELONGACION DE COLUMNELLA.....	\$12000
46. RINOPLASTIA EN LPH.....	\$25000
47. FRACTURAS FACIALES LEFORT I.....	\$25000
48. FRACTURAS FACIALES LEFORT II.....	\$30000
49. FRACTURAS FACIALES LEFORT III.....	\$35000

aw

50. FRACTURAS MANDIBULAR.....	\$ 30000
51. FRACTURAS CIGOMA.....	\$ 30000
52. FRACTURAS ORBITA.....	\$ 30000
53. FRACTURA NASAL.....	\$ 15000
54. RESECCION MUCOCELE.....	\$ 4000
55. INFILTRACION NERVIO MEDIANO CUBITAL O RADIAL EN MANO O ANTEBRAZO.....	\$ 4000
56. RECONSTRUCCION DE PARPADO SUPERIOR.....	\$ 18000
57. RECONSTRUCCION DE PARPADO INFERIOR.....	\$ 15000
58. CANTOPLASTIA.....	\$ 12000
59. BLOQUEO REGIONAL CON ANESTESICO.....	\$ 3000
60. CORRECCION DE SCALP.....	\$ 15000
61. AMPUTACION DEDOS.....	\$ 14000
62. ARTROPOLASTIA INTERFALANGICA.....	\$ 12500
63. DESBRIDACION BAJO ANESTESIA.....	\$ 4000

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten initials]*

*[Large handwritten mark]*