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 **DR. MARIO SOTO RAMOS** QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ **"EL PROFESIONISTA",** SUJETANDOSE 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 **NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA**, 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 **NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA** con cédula profesional número AECEM-32319.

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: SORM-670719-PJ4.

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.

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 diagnostico 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 respeto 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.

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	$	500.00	
VISITA A HOSPITAL	$	600.00	1° AL 10° DIA
	$	500.00	SUBSECUENTES
TERAPIA INTENSIVA	$	800.00	1° AL 5° DIA
	$	700.00	6° AL 10° DIA
	$	600.00	SUBSECUENTES

SÉPTIMA.- Los pagos se efectuaran 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 Rio 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, 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 **14 DE SEPTIEMBRE DEL 2018 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE 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.- DR. MARIO SOTO RAMOS, Haciendas del Valle No. 7120, consultorio 216, Fracc. Plaza las Haciendas, C.P 31238, 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 14 DE SEPTIEMBRE DEL 2018.

EL INSTITUTO	EL PROFESIONISTA
INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES **Representado por:** **ING. JUAN ANTONIO GONZÁLEZ VILLASEÑOR** **DIRECTOR**	**DR. MARIO SOTO RAMOS**

TESTIGOS

DR. ALFONSO ESCAREÑO CONTRERAS
SUBDIRECTOR MÉDICO

C.P SILVIA G. VALDEZ GÓMEZ
SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA

LIC. ALEJANDRA DOMÍNGUEZ VALENZUELA
JEFA DEL DEPARTAMENTO JURÍDICO