



**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO "EL INSTITUTO", LEGALMENTE REPRESENTADO POR EL ING. JUAN ANTONIO GONZÁLEZ VILLASEÑOR, EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR; Y POR LA OTRA PARTE LA PERSONA MORAL DENOMINADA SERVICIOS HOSPITALARIOS DE MÉXICO S.A. DE C.V., A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO "EL HOSPITAL" LEGALMENTE REPRESENTADA POR EL DR. RODOLFO CHÁVEZ CHÁVEZ, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLAUSULAS:**

**DECLARACIONES:**

**I.- EL INSTITUTO:**

1.- Declara **EL INSTITUTO**, ser un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Municipal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, creado mediante Decreto No. 874-83-10P.E., publicado en el Periódico Oficial del Estado No. 69 del sábado 27 de agosto de 1983, y que en la actualidad se rige por la Ley del Instituto Municipal de Pensiones publicada en el Periódico Oficial del Estado mediante decreto POE 2015.12.26/No.103, el 26 de Diciembre de 2015.

2.- Que el **ING. JUAN ANTONIO GONZÁLEZ VILLASEÑOR**, acredita su personalidad mediante nombramiento expedido por la **LIC. MARIA EUGENIA CAMPOS GALVÁN**, Presidenta Municipal, en fecha 10 de septiembre de 2018.

3.- Que de conformidad con el artículo 8 fracciones VIII, IX, XV y demás relativas y aplicables de la Ley del Instituto Municipal de Pensiones, el **ING. JUAN ANTONIO GONZALEZ VILLASEÑOR**, en su carácter de Director, tiene capacidad jurídica para convenir y obligarse en los términos de este instrumento, así como realizar los actos necesarios para el debido funcionamiento del organismo, manifestando bajo protesta de decir verdad que a la fecha no le han sido revocadas, restringidas o modificadas en forma alguna las facultades conferidas.

4.- Que tiene por objeto otorgar prestaciones de seguridad social a los trabajadores al servicio del Municipio de Chihuahua y de los organismos Descentralizados de la Administración Pública Municipal, que se incorporen.

5.- Que para los efectos del presente contrato, tiene su domicilio ubicado en calle Río Sena #1100, Colonia Alfredo Chávez, en esta ciudad de Chihuahua.

6.- Que celebra el presente contrato de derecho público en plena concordancia y total apego a lo establecido en la Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Contratación de Servicios del Estado de Chihuahua, así como la planeación, programación, presupuestación, gasto y ejecución del Instituto Municipal de Pensiones respectivamente.

7.- Que el presente contrato es celebrado considerando la disponibilidad de recursos del mismo, y la necesidad de contratar el servicio objeto del presente, por lo que una vez estudiada la esencia y el costo-beneficio del mismo, se verifica y justifica la necesidad de su creación atendiendo a la existencia de antecedentes contractuales con **EL HOSPITAL**, y se reconoce la viabilidad y legal procedencia de hacerlo mediante adjudicación directa con fundamento en lo establecido en los artículos 29 fracción IV, 72 y 73 fracciones II y III de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios del Estado de Chihuahua.



8.- Que **EL HOSPITAL** ofrece las mejores condiciones para el Instituto basándose en criterios de economía, eficacia, eficiencia, imparcialidad, legalidad, honradez y transparencia.

9.- Que la erogación del presente contrato será cubierta conforme a su disponibilidad presupuestal con recursos propios correspondientes a su presupuesto de egresos para el ejercicio fiscal del año 2019, por lo que cuenta con los recursos, solvencia y liquidez necesarios a fin de dar cumplimiento a las obligaciones que contrae por virtud de la suscripción del presente instrumento.

10.- Que con veintinueve de marzo de dos mil diecinueve, el Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Municipal de Pensiones, autorizó celebrar el presente contrato.

## II.- EL HOSPITAL.

1.- Declara "**EL HOSPITAL**", ser una Sociedad Anónima de Capital Variable, que fue constituida de acuerdo a las Leyes Mexicanas según consta en la Escritura Pública No. 2337 de fecha 29 de octubre de 1996.

2.- Que el **DR. RODOLFO CHÁVEZ CHÁVEZ**, cuenta con poder general para pleitos y cobranzas y actos de administración otorgado por "**EL HOSPITAL**", tal como lo acredita con el instrumento notarial número 800 de la Notaría número dos, en la cual se protocolizó.

3.- Que entre su objeto se encuentra proporcionar atención médica de Urgencias, Hospitalización y Servicios Clínicos en sus instalaciones, por lo que cuenta con el personal e instalaciones adecuadas para este fin, así como las autorizaciones necesarias de las autoridades competentes.

4.- Que para efectos de este contrato, su cumplimiento, así como para oír y recibir notificaciones y documentos señala como domicilio el ubicado en Hacienda del Valle 7120, Plaza las Haciendas de esta Ciudad.

5.- Que cuenta con licencia sanitaria **No. 01SSH/0008** y cumple con los requisitos establecidos en la Ley General de Salud, Ley Estatal de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas y demás disposiciones aplicables a la materia.

6.- Que se encuentra debidamente inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes identificándose como **SHM9610301FA** y que se encuentra al corriente del pago de las contribuciones e impuestos que le han correspondido a la fecha.

7.- Que se encuentra inscrito en el padrón de proveedores del Instituto Municipal de Pensiones.

8.- Que cuenta con los recursos financieros y técnicos necesarios, personal técnicamente calificado, así como el equipo, material y herramienta requeridos para la prestación del servicio objeto del presente contrato, lo que le permite garantizar a "**EL INSTITUTO**" el cumplimiento de las obligaciones contraídas en el presente.

9.- Que no se encuentra en ninguno de los supuestos contemplados por los artículos 86 y 103 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios del Estado de Chihuahua, por lo que cuenta con la legitimidad para suscribir el presente.

## III.- AMBAS PARTES.



- 1.- Ambas partes se reconocen mutuamente la personalidad con la que se ostentan y convienen en la celebración del presente contrato, y en obligarse conforme al contenido del presente instrumento.
- 2.- Que concurren a la suscripción del presente contrato de buena fe, encontrándose libres de dolo, violencia, error, lesión o cualesquiera otros vicios en su consentimiento, con el propósito de obligarse al tenor de las siguientes:

**CLÁUSULAS:**

**PRIMERA. - OBJETO. "EL HOSPITAL"**, se obliga a proporcionar de manera no exclusiva y conforme a los lineamientos que más adelante se establecen, los servicios profesionales de atención médica de urgencias, hospitalización y en su caso, los servicios clínicos externos descritos en el **anexo denominado tabulador** mismo que se adjunta al presente instrumento y forma parte integral del mismo, a todas las personas que el **"INSTITUTO"**, designe para ello en los términos y condiciones de este instrumento. Se excluyen del presente contrato los procedimientos de gineco-obstetricia ( parto, legrado, cesárea, parto con salpingoclasia, cesárea con salpingoglasia, biopsia excisional de mama, mastectomía radical, histerectomía abdominal, histerectomía vaginal, miomectomía abdominal y histerectomía laparoscópica), ortopedia (artroscopia de hombro, artroscopia de rodilla (no ambulatoria), cirugía abierta de hombro, prótesis total de rodilla y prótesis total de cadera) y los procedimientos de litotripsia endoscópica, colecistectomía abierta, colecistectomía laparoscópica, hemorroidectomía, prostatectomía por rección transuretral, hernioplastía diafragmática o funduplicatura, y hernioplastía abdominal, umbilical o ventral (no ambulatoria).

**SEGUNDA. - LUGAR.** Los servicios serán prestados por **EL HOSPITAL** en sus instalaciones ubicadas en calle Hacienda del Valle 7120, Plaza las Haciendas, de la ciudad de Chihuahua, Chihuahua. Si en caso fortuito o de fuerza mayor impidiere la prestación de servicios de manera correcta y oportuna, las partes de común acuerdo convendrán suspender temporalmente los servicios, o prestarlos en otro domicilio de **EL HOSPITAL**.

**TERCERA. - DISPOSICIONES GENERALES. EL HOSPITAL** se compromete a establecer las acciones necesarias para que las unidades médicas a su cargo, de acuerdo a su nivel de atención médica estén en posibilidades de ofrecer los servicios médicos, de diagnóstico y terapéuticos requeridos, con la seguridad, calidez, calidad y efectividad necesarias para el cumplimiento de lo contratado. Para ello, deberán contar con la infraestructura, tecnología y recursos humanos apropiados para dar la atención a los padecimientos que conforman la cartera de servicios objeto del contrato.

Cualquier servicio prestado deberá ser brindado de manera segura, oportuna, profesional y eficiente; sin discriminación por motivos de edad, genero, nivel socioeconómico, derechohabencia, afiliación o padecimiento preexistente. Para tales efectos, los contratantes se obligan a establecer mecanismos de seguimiento y evaluación de los derechohabientes y de los servicios brindados. Cualquier abuso, impericia o negligencia cometida durante la prestación de servicios, será sancionado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), una vez que se hayan agotado las gestiones de la comisión local.

**CUARTA. - PROCEDIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.** Ambas partes convienen que los derechohabientes, al solicitar los servicios de **EL HOSPITAL**, deberán sujetarse a los procedimientos de admisión que se describen en el **Anexo "Servicios y Procedimientos"** que se adjunta al presente contrato y forma parte integral del mismo, de conformidad con lo establecido en la cláusula PRIMERA del presente contrato. Todo derechohabiente que ingrese a **EL HOSPITAL** sin realizar el procedimiento descrito en el **Anexo "Servicios y Procedimientos"**, será considerado como paciente particular. A partir del momento en que **EL**



**INSTITUTO** otorgue a **EL HOSPITAL** la autorización, esta será irrevocable hasta por el monto que se haya otorgado.

En caso que **EL INSTITUTO** no emita coberturas adicionales, el derechohabiente será considerado como particular, y se le solicitará garantizar la cuenta de conformidad con las políticas internas de **EL HOSPITAL**.

**QUINTA.- INSTRUCTIVO PARA LOS DERECHOHABIENTES.-** **EL INSTITUTO** se obliga a comunicar a los derechohabientes los procedimientos de ingreso a **EL HOSPITAL** y en general todos los lineamientos referentes a los servicios convenidos en el presente contrato. En todo caso el instructivo que utilice **EL INSTITUTO** para informar a los beneficiarios de los servicios, deberán describir en forma clara y precisa los servicios médicos hospitalarios que puedan proporcionarse a los derechohabientes indicando cuales quedan cubiertos por **EL INSTITUTO** y en qué condiciones. En todo caso **EL HOSPITAL** participará en la correcta utilización de los servicios.

**SEXTA. - OBLIGACIÓN DE INFORMAR A LOS DERECHOHABIENTES.** **EL INSTITUTO** a través de un instructivo informará claramente a los derechohabientes, que a su ingreso a **EL HOSPITAL**, además de cubrir el procedimiento de admisión respectivo, deberán identificarse con alguna credencial oficial vigente con fotografía; asimismo, deberán sujetarse a los reglamentos internos de **EL HOSPITAL**.

Será condición para que **EL HOSPITAL** cumpla frente a **EL INSTITUTO** con su obligación de prestar los servicios materia del presente contrato, el que los derechohabientes cuenten con el instructivo de referencia y cumplan con los requisitos antes señalados, y en su caso, los derechohabientes deberán pagar directamente a **EL HOSPITAL** todos aquellos servicios o conceptos no incluidos o cubiertos por **EL INSTITUTO**.

**SÉPTIMA. - ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS.** Ambas partes acuerdan que **EL INSTITUTO** designará médico supervisor, mismo que deberá ser elegido del listado incluido en el **Anexo número uno**, quien tendrá acceso a **EL HOSPITAL** para revisar el expediente clínico, historia clínica, estudios de laboratorio y gabinete y verificar indicaciones del médico tratante. **EL HOSPITAL** se obliga a entregar, cuando se solicite, copia de los documentos descritos únicamente al **DERECHOHABIENTE** al que pertenezcan.

**OCTAVA.- COMITÉS MÉDICOS.-** Las partes convienen que habrá una comunicación constante entre **EL INSTITUTO** y los comités de morbilidad, mortalidad, infecciones, mejora continua, expediente clínico y todos los requeridos para la buena gestión y atención médica a los derechohabientes. Así mismo se establecerá la Comisión de Evaluación y Seguimiento que será integrada por un representante de **EL INSTITUTO** y un representante de **EL HOSPITAL**, la cual será responsable de vigilar que la atención médica proporcionada, cumpla con los requisitos de efectividad, seguridad, calidad, calidez y eficiencia; atender las inconformidades que interpongan los derechohabientes derivadas de la atención médica recibida; desarrollar la supervisión del otorgamiento de los servicios de salud motivo del contrato, bajo los principios de respeto a las disposiciones, los criterios médicos y autonomía de cada Institución; supervisar y dar seguimiento de manera especial a los caso de complicación médica derivada de una intervención o acto médico proporcionados.

**NOVENA.- PRESENTACION DE FACTURAS Y RECIBOS.** Al terminar la prestación de los servicios previamente autorizados por "**EL INSTITUTO**", "**EL HOSPITAL**", entregará a "**EL INSTITUTO**", las facturas y recibos de honorarios correspondientes de los gastos autorizados, los cuales deberán reunir los requisitos fiscales en vigor incluyendo además:

- a).- Nombre y número del derechohabiente.
- b).- Número de orden o solicitud de internamiento, o de servicio.
- c).- Resumen de servicio otorgado.



d).- Desglose, cuando procedan, en: Gastos de hospitalización, estudios de laboratorio y gabinete, honorarios médicos, medicamentos, material de curación, etc.

El pago de las facturas se liquidará en un plazo de veinte días naturales contados a partir de la fecha de la expedición del contra recibo por parte de "EL INSTITUTO", quien manifiesta expresamente no estar en posibilidades de adelantar pago alguno.

**EL INSTITUTO** tendrá derecho a requerir de "EL HOSPITAL", todo tipo de aclaraciones e inclusive rechazar aquellos recibos y/o facturas que presenten anomalías y omisiones. En el caso de que existiera alguna aclaración o corrección a favor de "EL HOSPITAL" o de **EL INSTITUTO**, ambos se comprometen a bonificar la cantidad que corresponda de forma inmediata dentro del plazo acordado por ambas partes en el punto anterior.

"EL HOSPITAL" deberá enviar a **EL INSTITUTO** la factura acompañada de: copia de orden o solicitud de internamiento o de servicio, copia de identificación presentada por el derechohabiente, estado de cuenta firmado por el derechohabiente y el médico supervisor y formato de Aviso de Alta junto con una copia de la Hoja de Egreso. "EL HOSPITAL" pondrá a disposición de **EL INSTITUTO** la hoja postquirúrgica firmada por el médico tratante y cerrada de acuerdo a las políticas generales.

**EL INSTITUTO** se obliga a pagar a "EL HOSPITAL" conforme al Cuadro de Paquetes y Tarifa de Servicios anexos (tabulador), que incluye el IVA. En el caso de medicamentos proveídos a los derechohabientes, el pago podrá efectuarse mediante la reposición de las unidades suministradas, o incluidos en las facturas que cumplan con los requisitos solicitados.

En caso de urgencias y servicios extraordinarios que contemplan conceptos adicionales a los establecidos en el tabulador, deberán ser autorizados por la Coordinación de Servicios Subrogados y la Subdirección Medica de **EL INSTITUTO** mediante orden de servicio firmada por los titulares de ambas unidades orgánicas.

**DÉCIMA.- MONTO Y PAGO DE LOS SERVICIOS.-** Como contraprestación por los servicios cubiertos que se presten de acuerdo a este contrato, **EL INSTITUTO** se obliga a pagar a **EL HOSPITAL** las cantidades y en las condiciones descritas en el **Anexo denominado "Tabulador"**, contando con un presupuesto mínimo de **\$2,989,000.00 (DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL PESOS 00/100 M.N.)** y un máximo de **\$7,474,000.00 (SIETE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS 00/100 M.N.)**. Los montos incluyen IVA.

**DÉCIMA PRIMERA.- CUERPO MÉDICO.-** Las partes aceptan que dentro de las instalaciones de "EL HOSPITAL" los derechohabientes recibirán la atención de los médicos que pertenezcan a la lista detallada en el **Anexo Número Uno**, que firmado por las partes forma parte integrante del presente contrato, quienes son profesionistas independientes de "EL HOSPITAL", que gozan del privilegio de atender derechohabientes en el mismo y que como médicos tratantes tienen plena autoridad y responsabilidad profesional en la práctica de la medicina, sujeta solamente a las políticas establecidas por "EL HOSPITAL".

En el caso de Urgencias los pacientes serán atendidos por los médicos del staff de urgencias de "EL HOSPITAL", los cuales se apegarán al tabulador acordado por las partes, y que deberán registrarse bajo las políticas del **Anexo "Servicios y Procedimientos"**, siempre y cuando no se haya asignado o localizado a un médico del staff de "EL INSTITUTO".

En consecuencia, los profesionales que presten sus servicios de urgencia deberán acreditar a "EL HOSPITAL" que cuentan con cédula profesional que acredite sus conocimientos técnicos-médicos, debiendo en el caso de



que existan Consejos de Certificación de Especialidad, mantener la certificación vigente otorgada por los mismo y preferentemente pertenecer a alguno de los colegios de profesionales.

**DÉCIMA SEGUNDA.-** Cuando **EL HOSPITAL** niegue el servicio a los derechohabientes que se identifiquen fehacientemente, será responsable de los daños y perjuicios que por esta acción se le cause a **EL INSTITUTO** y/o a los derechohabientes, por lo que se obliga a liberar a **EL INSTITUTO** de cualquier responsabilidad al respecto, excepto que se trate de motivos de coalición laboral o eventos catastróficos. En los mismo términos **EL HOSPITAL** deberá responder de cualquier reclamación realizada en contra de **EL INSTITUTO** por parte de los derechohabientes, cuando deriven de situaciones inherentes al servicio objeto de este contrato, ya sea por motivo de cualquier acto, omisión o incumplimiento en los términos pactados, obligándose a sacar en paz y a salvo a **EL INSTITUTO** de cualquier responsabilidad o reclamación de terceros y a resarcirlos en su caso de los daños y perjuicios que se llegaren a causar. En caso de que **EL INSTITUTO** lo estime conveniente, **EL HOSPITAL** deberá otorgar las garantías que este le exija, así como proporcionar copia del expediente donde consten las atenciones proporcionadas a los derechohabientes al supervisor designado por **EL INSTITUTO**.

**DÉCIMA TERCERA. - VIGENCIA DEL CONTRATO.** El presente contrato tendrá vigencia del 03 de mayo al 31 de diciembre de 2019. No obstante lo anterior, se establece que cualquiera de las partes podrá darlo por terminado, previo aviso por escrito notificado a la otra con por lo menos 15 (quince) días naturales de anticipación a la fecha efectiva en que se desee que surta efectos la terminación. En tanto surte sus efectos la terminación del presente contrato, **EL HOSPITAL** seguirá prestando los Servicios a los derechohabientes hasta que sean dados de alta y **EL INSTITUTO** continuará obligado a pagar a **EL HOSPITAL** los servicios en los términos establecidos en este instrumento, aun cuando los mismos terminen y se facturen con posterioridad a la fecha de terminación del contrato.

**DÉCIMA CUARTA.- EJERCICIO DE DERECHOS.-** La omisión por cualesquiera de las partes contratantes de ejercitar cualquier derecho o de dar por terminado este contrato por las causas señaladas en el mismo, no deberá ser considerado como una renuncia voluntaria al derecho de hacerlo, por el contrario, todas las sanciones y reparaciones establecidas en el presente contrato se consideraran acumulativas.

**DÉCIMA QUINTA.- MODIFICACIONES.-** Ambas partes convienen en que cualquier adición o modificación a lo dispuesto en el presente contrato se hará por escrito firmado por sus representantes con facultades y se agregará como anexo para formar parte integrante del mismo.

**DÉCIMA SEXTA. - RESCISIÓN.** "EL INSTITUTO" podrá rescindir administrativamente este contrato en caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo del "HOSPITAL según dispone el artículo 90 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios del Estado de Chihuahua. En tal supuesto, "EL INSTITUTO" hará efectiva la garantía otorgada por "EL HOSPITAL" para el cumplimiento del presente contrato, atendiendo al procedimiento establecido por los artículos 90 y demás aplicables de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios del Estado de Chihuahua.

Así mismo, convienen las partes que el "EL INSTITUTO" podrá rescindir parcial o totalmente este contrato de presentarse alguna de las siguientes causales:

1. Cuando "EL HOSPITAL" modifique o altere substancialmente el objeto del presente contrato.
2. Cuando "EL HOSPITAL" incurra en falta de veracidad total o parcial con relación a la información proporcionada para la celebración del presente contrato.



3. Por todos aquellos actos u omisiones que, por responsabilidad, impericia, inexperiencia, mal manejo, deshonestidad, probidad, y otros, "EL HOSPITAL", afecte o lesione el interés de "EL INSTITUTO".
4. Cuando no haga entrega de las garantías establecidas en el presente instrumento.

Independientemente de la terminación o rescisión del contrato antes referida, **EL HOSPITAL** asume la responsabilidad civil y en su caso demandas que procedan por los daños y perjuicios que se puedan derivar por motivo del servicio prestado. **EL HOSPITAL**, exime de cualquier responsabilidad a "EL INSTITUTO", haciéndose el mismo responsable de la contratación de seguros o realizar las actividades y medidas que en su caso estime convenientes para dichos efectos.

**DÉCIMA SÉPTIMA. GARANTIAS. "EL HOSPITAL" garantiza:**

- A) **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.- "EL HOSPITAL"** garantizará el debido cumplimiento de las obligaciones del presente contrato mediante póliza de fianza emitida por una Institución Afianzadora legalmente autorizada y acreditada en el Estado de Chihuahua a favor del Instituto Municipal de Pensiones por un importe equivalente al 10% del monto máximo adjudicado, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado, la cual deberá entregar a más tardar dentro de los 05 días naturales posteriores a la firma del contrato. Ésta garantía se hará efectiva en su totalidad en caso de incumplimiento de contrato, debiendo permanecer vigente hasta que finalice la entrega del servicio a satisfacción de "EL INSTITUTO".
- B) **GARANTÍA DE SANEAMIENTO PARA EL CASO DE EVICCIÓN, VICIOS OCULTOS, DAÑOS Y PERJUICIOS Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS.- "EL HOSPITAL"** garantiza la calidad del servicio contratado mediante fianza emitida por una Institución Afianzadora legalmente autorizada y acreditada en el Estado de Chihuahua a favor del Instituto Municipal de Pensiones por un importe equivalente al 10% del monto máximo adjudicado, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado, la cual deberá entregarse previamente a la recepción de los servicios y permanecerá vigente hasta seis meses contados a partir de la fecha de terminación del servicio contratado.

Una vez cumplidas las obligaciones de "EL HOSPITAL" a satisfacción de "EL INSTITUTO", previa petición de "EL HOSPITAL" por escrito, el INSTITUTO" procederá a extender la constancia de cumplimiento de las obligaciones contractuales para que se inicien los trámites para la cancelación de la garantía de cumplimiento del contrato, en cuanto a la garantía de saneamiento para el caso de evicción, vicios ocultos, daños y perjuicios y calidad de los servicios, "EL HOSPITAL" podrá presentar su escrito una vez que haya transcurrido el periodo de vigencia de la garantía.

**DÉCIMA OCTAVA. - RECONOCIMIENTO CONTRACTUAL.** Ambas partes convienen expresamente que a la firma del presente contrato queda sin efecto legal alguno cualquier negociación, convenio o contrato que con anterioridad hubieren celebrado respecto al mismo objeto. Así mismo cada una de las partes será directamente responsable por la prestación de sus servicios, frente al asegurado y paciente que correspondan.

**DÉCIMA NOVENA.- CESIÓN DE CONTRATO.-** Ambas partes se obligan a no ceder, traspasar o enajenar por cualquier título los derechos y/u obligaciones que derivan del presente contrato, sin previo autorización por escrito de la otra parte.

**VIGÉSIMA.- CONFIDENCIALIDAD.** La información y actividades presentes, pasadas y futuras que se obtengan y produzcan en virtud del cumplimiento del contrato, serán clasificadas expresamente con el carácter de



confidencial, atendiendo a los principios establecidos en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chihuahua así como en la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Chihuahua, por lo que las partes se obligan a guardar estricta confidencialidad respecto de la información y resultados que se produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento.

En particular, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orienten la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente.

**EL HOSPITAL** reconoce y acepta que toda la información y documentación puesta bajo su responsabilidad o a la que llegara a tener acceso con motivo de la prestación de los servicios contratados, incluyendo, los sistemas, técnicas, métodos y en general cualquier mecanismo relacionado con la tecnología e información de la que pudiera tener conocimiento en el desempeño de los servicios contratados es propiedad de **EL INSTITUTO**.

Así mismo, se obliga a tomar las medidas que sean necesarias para que el personal a su cargo cumpla y observe lo estipulado en esta cláusula, debiendo abstenerse de divulgar o reproducir parcial o totalmente la información de la que pudiera llegar a tener conocimiento, dejando a salvo el derecho de **EL INSTITUTO** para ejercitar las acciones legales que pudieran resultarle con motivo del incumplimiento de lo aquí pactado.

**EL HOSPITAL** se obliga a no registrar ningún derecho de autor, marca, patente o cualquier derecho de propiedad industrial o intelectual en relación con la información confidencial proporcionada a que se refiere el presente contrato, ya que la información será propiedad exclusiva de **EL INSTITUTO** y en consecuencia, será exclusivamente este último quien podrá registrar los derechos de autor o industriales correspondiente.

**LAS PARTES** convienen que la vigencia de las obligaciones contraídas por virtud de la presente cláusula subsistirá indefinidamente, incluso después de terminada la duración de este instrumento.

En caso de incumplimiento, **LAS PARTES** se reservan expresamente las acciones que conforme a derecho les correspondan, tanto administrativas o judiciales, a fin de reclamar las indemnizaciones conducentes por los daños y perjuicios causados, así como la aplicación de las sanciones a que haya lugar.

**VIGÉSIMA PRIMERA.- AVISO DE PRIVACIDAD.** En el **INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES**, por conducto del Departamento de Recursos Materiales de la Subdirección Administrativa, con domicilio en calle Rio Sena #1100 de la colonia Alfredo Chávez de esta ciudad de Chihuahua, Chihuahua, C.P. 31414, es el responsable del tratamiento de sus datos personales y datos sensibles, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto en el artículo 67 de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Chihuahua. Al respecto le informamos lo siguiente:

Los datos personales que recabamos de usted en el Departamento de Recursos Materiales, los utilizaremos para poder dar el alta en como Prestador de Servicios Profesionales/hospitalarios, y así estar en oportunidad de generar órdenes de servicio a los derechohabientes y pago de honorarios que dichos servicios generen, podrán ser transferidos a las diversas áreas del Instituto con la finalidad de que se brinden oportunamente los servicios proporcionados por el mismo; así como a las autoridades jurisdiccionales y/o investigadoras que lo soliciten en el ejercicio de sus funciones. ya que son requisitos indispensables para: **ALTA COMO PRESTADOR DE SERVICIOS PROFESIONALES/HOSPITALARIOS Y EL PAGO DE LOS HONORARIOS QUE SE DERIVEN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.**



Así mismo, serán integrados a un expediente físico que contendrá la información y documentación recabada, el cual se conservará en el archivo físico y capturado en formato Excel, en el Departamento de Recursos Materiales del Instituto Municipal de Pensiones.

El tratamiento se realiza con base en lo dispuesto por los artículos 6 inciso A y 16 segundo párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 57 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, artículo 4 de la Constitución Política del Estado de Chihuahua, artículos 3, 5, 6, 16, 17, 19 y 20 de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Chihuahua, y en los artículos 1 y 8 fracción VIII de la Ley del Instituto Municipal de Pensiones.

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente aviso de privacidad, utilizaremos los siguientes datos personales del representante legal: nombre, RFC, domicilio, correo electrónico, teléfono particular (celular) y/o institucional.

Además de los datos personales mencionados anteriormente, para las finalidades informadas en el presente aviso de privacidad, utilizaremos los siguientes datos personales que requieren de especial protección: **firma autógrafa y firma rúbrica.**

De conformidad con los artículos 68 y 69 de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Chihuahua, no deberán conservarse más allá del plazo necesario para el cumplimiento de la finalidad que justifique su tratamiento, así mismo se informa que no se realizarán transferencias de datos personales, salvo aquellas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados, o bien, se actualice alguna de las excepciones previstas en el artículo 70 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, así mismo en los supuestos que contempla el artículo 98 de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Chihuahua.

Usted tiene derecho a conocer que datos personales tenemos de Usted, para qué los utilizamos y las condiciones del uso que les damos (acceso). Así mismo, es su derecho solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta (rectificación); que la eliminemos de nuestros registros o bases de datos cuando considere que la misma no está siendo utilizada conforme a los principios, deberes y obligaciones previstas en la normativa (cancelación); oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (oposición); obtener una copia de los datos objeto de tratamiento en un formato electrónico estructurado y comúnmente utilizado que le permita seguir utilizándolos (portabilidad). Estos derechos se conocen como derechos ARCO y portabilidad.

Para el ejercicio de cualquiera de los derechos ARCO y portabilidad, usted deberá presentar la solicitud respectiva en la Unidad de Transparencia del Instituto Municipal de Pensiones, o por medio de la Plataforma Nacional de Transparencia [www.plataformadetransparencia.org.mx](http://www.plataformadetransparencia.org.mx).

Para conocer el procedimiento y requisitos para el ejercicio de los derechos ARCO y de portabilidad, Usted podrá llamar al siguiente número telefónico 614.200.48.00 extensión 6259; ingresar a nuestro sitio de internet: <http://impeweb.mpiochih.gob.mx/webimpe/index.html>, correo electrónico [unidad.transparencia@impe.gob.mx](mailto:unidad.transparencia@impe.gob.mx), o bien ponerse en contacto con nuestra Unidad de Transparencia, que dará trámite a las solicitudes para el ejercicio de estos derechos, y atenderá cualquier duda que pudiera tener respecto al tratamiento de su información. Los datos de contacto son los siguientes: Instituto Municipal de Pensiones, calle Rio Sena número 1100, Colonia Alfredo Chávez, 1er piso, C.P. 31414, Chihuahua, Chihuahua, Teléfono 072 y/o 614.200.48.00 extensión 6259.



**CONSULTA, CAMBIOS Y ACTUALIZACIONES DEL AVISO DE PRIVACIDAD:** El presente Aviso de Privacidad puede consultarse, cambiar o actualizarse eventualmente; por lo que se solicita su constante consulta o revisión en esta dirección electrónica: <http://impeweb.mpiochih.gob.mx/webimpe/index.html>, para estar al tanto del contenido y/o de la última versión que rige el tratamiento de sus datos personales. No obstante lo anterior, el Aviso de Privacidad siempre deberá observar las disposiciones jurídicas aplicables

**VIGÉSIMA SEGUNDA.- VERIFICACIÓN DE SERVICIOS.- EL INSTITUTO**, por conducto de su Coordinador de Hospitales tendrá la facultad de comprobar e investigar en cualquier momento que así lo considere, que **EL HOSPITAL** cuente con todos los elementos necesarios para poder prestar el servicio contratado y dar cumplimiento total y oportuno de las obligaciones asumidas por éste en el presente contrato, pudiendo implementar para ello los mecanismos o controles que para tal fin determine, estando de acuerdo éste último, en permitir y proporcionar los accesos necesarios y las facilidades y medios que se les soliciten para ello.

**VIGÉSIMA TERCERA.- PLANES DE CONTINGENCIA.- EL HOSPITAL** se obliga a cumplir íntegramente las obligaciones que contrae. En caso de presentarse problemas eventuales en el desarrollo de los servicios objeto del presente contrato, **EL HOSPITAL** se compromete a implementar los planes de contingencia que estime convenientes, los cuales deberán ser previamente autorizados por escrito por **EL INSTITUTO**.

**VIGÉSIMA CUARTA.-** Por su parte **EL HOSPITAL** se obliga a utilizar, en la realización de los servicios descritos en este contrato exclusivamente a personal capacitado. De igual forma, **EL INSTITUTO** no tiene ni adquirirá ninguna responsabilidad derivada de la relación de trabajo de los funcionarios y empleados de **EL HOSPITAL**, que laboran bajo la inmediata dirección, dependencia y subordinación de este.

En virtud de lo anterior, **EL HOSPITAL** y **EL INSTITUTO**, serán responsables cada uno con sus respectivos empleados, trabajadores o funcionarios de las obligaciones que de conformidad con la Ley Federal del Trabajo, Ley del Seguro Social, leyes fiscales, obligaciones para con el Instituto Nacional del Fondo para la Vivienda de los Trabajadores y/o las que en el futuro llegaren a resultar por disposiciones de ley, decreto o contrato.

Por lo tanto **EL HOSPITAL** como **EL INSTITUTO** se obligan a sacar en paz y a salvo a su contraparte, de cualquier reclamación, procedimiento, juicio o demanda que se interponga en su contra, ya sea de tipo laboral, en materia de trabajo, seguridad social, fiscal o de cualquier otra índole, directa o indirecta, que por razones de la ejecución de este contrato las partes pudieran ser objeto, obligándose la parte cuya responsabilidad ocasionase la molestia a su contraparte al pago de daños y perjuicios que se ocasionase por esta causa.

**VIGÉSIMA QUINTA.- EL HOSPITAL** será responsable hacia **EL INSTITUTO** y los derechohabientes por negligencia, impericia, dolo o mala fe en que incurra el personal designado para la realización del objeto de este instrumento con el que tenga una relación laboral vigente.

**VIGÉSIMA SEXTA.** - Las partes convienen en intentar resolver de mutuo acuerdo las situaciones no previstas en el presente contrato, en el entendido de que las decisiones adoptadas sobre el particular, deben constar por escrito y ser firmadas por las mismas. Todas las notificaciones y comunicaciones que se dirijan las partes como consecuencia del presente contrato, incluyendo el cambio de domicilio, deberán constar por escrito y ser entregadas en los domicilios ya mencionados en el capítulo de "**DECLARACIONES**" del presente contrato.

**VIGÉSIMA SEPTIMA.** - Atendiendo la naturaleza del presente instrumento legal, las partes acuerdan con base en lo establecido por el artículo décimo transitorio de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios del Estado de Chihuahua, someterse al juicio de oposición previsto en el Código Fiscal del Estado,



renunciando por lo tanto **EL HOSPITAL** al fuero que pudiere corresponderle en razón de su domicilio presente o futuro por cualquier otra causa.

**VIGÉSIMA OCTAVA.- JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA.** Las partes manifiestan que en este contrato no existe ningún vicio del consentimiento que pudiera invalidarlo y atendiendo a la naturaleza del presente instrumento legal, las partes acuerdan someterse a la jurisdicción de los tribunales judiciales con competencia en la ciudad de Chihuahua, estado de Chihuahua, renunciando por lo tanto al fuero que pudiere corresponderle en razón de su domicilio presente o futuro, o por cualquier otra causa.

**VIGÉSIMA NOVENA.-** Las declaraciones otorgadas por las partes y/o los anexos que se citan en el cuerpo del presente, se tienen por incorporadas en las clausulas, por ser objeto de cumplimiento del mismo.

**LEÍDO QUE FUE EL PRESENTE POR LAS PARTES QUE EN EL INTERVINIERON Y ENTERADAS DE SU CONTENIDO Y FUERZA LEGAL, LO RATIFICAN Y FIRMAN EN LA CIUDAD DE CHIHUAHUA, CHIHUAHUA, 03 DE MAYO DE 2019.**

**EL INSTITUTO**

**EL HOSPITAL**

**ING. JUAN ANTONIO GONZÁLEZ VILLASEÑOR**  
**DIRECTOR DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES**

**DR. RODOLFO CHÁVEZ CHÁVEZ**  
**REPRESENTANTE LEGAL DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE MÉXICO, S.A. DE C.V.**

**TESTIGOS**

**C.P. SILVIA VALDEZ GÓMEZ**  
**SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES**

**DR. ALFONSO ESCAREÑO CONTRERAS**  
**SUBDIRECTOR MEDICO DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES**

**DR. ERNESTO GRADO AHUIR**  
**COORDINADOR DE SERVICIOS SUBROGADOS DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES**

**ANEXO "SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS "DEL CONTRATO NO. IMPE/H.13/19"**

**I.- DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS:**

Los servicios médicos proporcionados por **EL HOSPITAL** deberán prestarse y divulgarse al derechohabiente en el momento del ingreso observando los términos siguientes:

- A) ACCESO:** los derechohabientes tendrán la misma oportunidad de acceso expedito a los servicios.
- B) RESPETO Y DIGNIDAD:** el trato al derechohabiente deberá proporcionarse en todo momento en forma respetuosa.
- C) PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:** los servicios proporcionados deberán cuidar siempre un profundo respeto a la privacidad. Así mismo, la información relativa deberá preservar la confidencialidad.
- D) SEGURIDAD PERSONAL:** el derechohabiente tendrá derecho a que durante su atención se le brinden tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias medidas de seguridad.
- E) IDENTIDAD:** el derechohabiente tendrá derecho a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden, y la persona responsable del equipo.
- F) INFORMACIÓN:** el derechohabiente tendrá derecho a ser informado durante su padecimiento, los métodos, diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que las medidas terapéuticas y el pronóstico de su padecimiento.
- G) COMUNICACIÓN:** el derechohabiente tendrá derecho a mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.
- H) CONSENTIMIENTO:** el derechohabiente no deberá ser sometido a ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas. Tendrá derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.
- I) CONSULTAS:** el médico supervisor podrá solicitar otras opiniones sobre el padecimiento del derechohabiente.
- J) NEGATIVA AL TRATAMIENTO:** el derechohabiente tendrá derecho a notificar al médico supervisor si no está de acuerdo a las propuestas terapéuticas.
- K) EXPEDIENTES CLÍNICOS:** cuando el derechohabiente así lo solicite, **EL INSTITUTO** deberá asegurarse de que se transfiera un resumen clínico al **HOSPITAL** que el derechohabiente indique, guardando la confidencialidad del caso.
- L) CUMPLIMIENTO LEGAL:** **EL HOSPITAL** se compromete en todo tiempo a cumplir con los ordenamientos legales y administrativos aplicables a la prestación de sus servicios.



## II.- POLÍTICAS GENERALES:

En los casos de Urgencia **EL HOSPITAL** deberá solicitar autorización a **EL INSTITUTO**.

En caso de que el derechohabiente no cuente con la solicitud de internamiento y/o no se identifique con una identificación oficial, **EL HOSPITAL** no deberá aceptar el ingreso. Todas las solicitudes de internamiento deberán contar con fecha de vigencia de 03 días naturales a partir de la fecha de expedición.

Si el derechohabiente por decisión propia y previa autorización por **EL INSTITUTO** no se atiende con un médico bajo convenio, el derechohabiente tendrá que efectuar el pago por concepto de honorarios.

**EL HOSPITAL** permitirá el acceso al expediente clínico y entregará a **EL INSTITUTO** resumen de la historia clínica, notas e indicaciones médicas y la carta de autorización debidamente requisitada, y en su caso, copia del expediente clínico íntegro.

La nota post quirúrgica deberá estar cerrada y firmada por el médico tratante, la cual **EL HOSPITAL** pondrá a disposición de **EL INSTITUTO**.

## III.- PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA:

### AL LLEGAR AL AREA DE ADMISIÓN DEL HOSPITAL:

1. El derechohabiente en forma directa o por conducto de un familiar deberá presentar la orden o solicitud de internamiento vigente expedida por **EL INSTITUTO**, acompañada, en su caso, de los estudios de laboratorio preoperatorios, valoración cardiopulmonar preoperatoria en mayores de cuarenta años y una identificación oficial con fotografía.

2. El derechohabiente o un familiar deberá proporcionar los datos que le sean requeridos por **EL HOSPITAL** y **EL INSTITUTO**.

3.- **EL HOSPITAL** deberá comunicarse con **EL INSTITUTO** para informarle que el derechohabiente ha ingresado a **EL HOSPITAL**. Por su parte, **EL INSTITUTO** luego de verificar si se encuentra vigente como derechohabiente, podrá enviar a un médico supervisor a **EL HOSPITAL** para revisar la documentación (historia clínica, informe del médico, estudios de laboratorio, radiografías, etc.). Exclusivamente la subdirección médica y la coordinación de servicios subrogados de **EL INSTITUTO** serán las únicas facultadas para autorizar el ingreso y la atención médica en **EL HOSPITAL**.

Cuando el médico supervisor de **EL INSTITUTO** visite al paciente, deberá confirmar por escrito la aceptación total o parcial de lo reclamado al hospital, o en su defecto, el rechazo de la reclamación.

4.- Cuando el médico tratante indique la fecha probable de alta, el derechohabiente o un familiar avisarán a la caja de **EL HOSPITAL**, con el fin de que se prepare el estado de cuenta, para conocimiento y firma del derechohabiente, y así se agilice la salida de **EL HOSPITAL**.



**EL HOSPITAL** deberá informar al médico tratante la hora límite de salida de **EL HOSPITAL** para que éste dé las instrucciones de alta para que el derechohabiente abandone el cuarto antes de la hora límite de salida de **EL HOSPITAL**. Dado que de otra forma **EL INSTITUTO** no cubrirá el gasto de otro día de hospitalización por retraso de salida del paciente.

5.- Es importante señalar los gastos que no serán cubiertos por **EL INSTITUTO** y que en su momento serán a cargo del derechohabiente: excedente de habitación semi privada, utensilios de uso personal (pañuelos desechables, ropa, maquillaje, zapatos, shampoo, juguetes, flores, dulces, etc.) películas, pañales, comida para los acompañantes, llamadas de larga distancia, caja fuerte, etc.

#### IV.- PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN PARA CORTA ESTANCIA:

##### AL LLEGAR AL AREA DE ADMISIÓN DEL HOSPITAL:

1.- El derechohabiente en forma directa o por conducto de un familiar deberá presentar la orden o solicitud de internamiento vigente expedida por **EL INSTITUTO**, acompañada, en su caso, de los estudios de laboratorio preoperatorios, valoración cardiopulmonar preoperatoria en mayores de cuarenta años y una identificación oficial con fotografía.

2.- El derechohabiente o un familiar deberá proporcionar los datos que le sean requeridos por **EL HOSPITAL** y **EL INSTITUTO**.

3.- **EL HOSPITAL** deberá comunicarse a **EL INSTITUTO** para informarle que el derechohabiente ha ingresado a **EL HOSPITAL**. Por su parte **EL INSTITUTO** luego de verificar si se encuentra vigente el derechohabiente, podrá enviar a un médico supervisor a **EL HOSPITAL** para revisar la documentación (historia clínica, informe del médico, estudios de laboratorio, radiografías, etc.). Exclusivamente la subdirección médica y la coordinación de **EL INSTITUTO**, serán las únicas facultadas para autorizar el ingreso y la atención médica en **EL HOSPITAL**.

4.- Cuando el médico tratante indique que se ha terminado la atención de corta estancia, el derechohabiente o un familiar avisarán a la caja de **EL HOSPITAL**, con el fin de que se agilice la salida del servicio de corta estancia en **EL HOSPITAL**.

**EL HOSPITAL** deberá informar al médico tratante la hora límite de salida para tratamientos de corta estancia en **EL HOSPITAL** para que éste dé las instrucciones de alta para que el derechohabiente abandone el cuarto o las instalaciones antes de la hora límite de salida. Dado que de otra forma **EL INSTITUTO** no cubrirá el gasto de un día de hospitalización por retraso de salida del paciente, situación que se hará de su conocimiento.

Si el paciente permanece más del tiempo promedio de procedimiento, **EL HOSPITAL** deberá avisar a **EL INSTITUTO** para su autorización.

#### V.- PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN POR URGENCIA:

##### AL LLEGAR AL AREA DE ADMISIÓN DEL HOSPITAL:

- 1.- **EL HOSPITAL** deberá iniciar valoración y atención médica de urgencias por su personal, dependiendo de la gravedad del paciente a la par de los trámites administrativos, que a continuación se detallan.
- 2.- El derechohabiente o un familiar deberá presentar una orden o solicitud de servicio expedida por **EL INSTITUTO**, o en su defecto un comprobante reciente que lo acredite como derechohabiente e identificación oficial con fotografía.
- 3.- El derechohabiente o un familiar deberá proporcionar los datos que le sean requeridos por **EL HOSPITAL** y **EL INSTITUTO**.
- 4.- **EL HOSPITAL** deberá comunicarse a **EL INSTITUTO** para informarle que el derechohabiente ha ingresado a **EL HOSPITAL** y en su caso obtener la autorización correspondiente, así como la asignación de un médico en convenio con **EL INSTITUTO**. Exclusivamente la subdirección médica y la coordinación de servicios subrogados de **EL INSTITUTO**, serán las únicas facultadas para autorizar el ingreso y la atención médica en **EL HOSPITAL**.
- 5.- Si el derechohabiente va a requerir un tratamiento médico quirúrgico, **EL HOSPITAL** deberá llamar al médico previamente acordado y con base a los paquetes establecidos por **EL HOSPITAL** y por **EL INSTITUTO**.
- 6.- Cuando el médico tratante indique que se ha terminado la atención de urgencia, el derechohabiente o un familiar avisará a la caja de **EL HOSPITAL**, con el fin de que se prepare el estado de cuenta, para conocimiento y firma del derechohabiente, y así se agilice la salida y el término del servicio de urgencia en **EL HOSPITAL**.

Si la urgencia deriva en una hospitalización, **EL HOSPITAL** deberá avisar a **EL INSTITUTO** para su autorización.

#### VI.- PROCEDIMIENTOS DE ALTAS HOSPITALARIAS

- 1.- Antes del alta, **EL HOSPITAL** y **EL INSTITUTO** deberán de informar al derechohabiente en su caso, los gastos no cubiertos.
- 2.- Cuando el médico tratante indique que se ha terminado la atención, el derechohabiente o un familiar avisará a la caja de **EL HOSPITAL** con el fin de que se realice el cierre de la cuenta, para conocimiento y firma del derechohabiente, y así se agilice la salida y el término del servicio en **EL HOSPITAL**.
- 3.- Una vez que el médico tratante avise a **EL HOSPITAL** del alta del paciente, **EL HOSPITAL** presentará antes de la hora límite de salida el estado cuenta al derechohabiente para que éste abandone el cuarto o las instalaciones antes de la hora límite de salida. Dado que de otra forma **EL INSTITUTO**, no cubrirá el gasto de un día de hospitalización por retraso de salida del paciente.
- 4.- **EL HOSPITAL** no deberá entregar medicamento de salida, sólo deberá entregar la receta para ser surtida en la farmacia proveedora de **EL INSTITUTO** en la cual solo podrá prescribir medicamento que se encuentre en el Cuadro Básico de Medicamentos del IMPE, el cual se adjunta como Anexo número Dos, que firmado por las partes forma parte integrante del presente contrato. Tratándose de sábados, domingos y días festivos o inhábiles, **EL HOSPITAL** surtir el medicamento al paciente y a partir del siguiente día hábil, el podrá surtirlo en la farmacia de **EL INSTITUTO** con su respectiva receta.



5.- **EL HOSPITAL** facturará con todos los requisitos fiscales a **EL INSTITUTO** de acuerdo a lo estipulado la cláusula NOVENA del presente contrato.

6.- **EL HOSPITAL** será responsable de cualquier situación que se derive del mal manejo de la papelería, formatos y sello.

7.- **EL HOSPITAL** deberá enviar a **EL INSTITUTO** la factura, el estado de cuenta firmado por el derechohabiente y médico supervisor, formato de aviso de alta junto con una copia de la hoja de egreso y pondrá a disposición de **EL INSTITUTO** la hoja post quirúrgica firmada por el médico tratante y cerrada de acuerdo a las políticas generales, mismos que son indispensables para el cobro de la factura.-----fin del anexo.-----

# TABULADOR

22  
~~CS~~  
Chig

**HA**  
**Hospital Angeles**  
 CHIHUAHUA

HACIENDA DEL VALLE No. 7120  
 FRACC. PLAZA LAS HACIENDAS CHIHUAHUA, CHIH.  
 C.P. 31238 TEL. 439 27 00  
 CHIHUAHUA, CHIH.

HDMHDM0006	APLICACION DE FILTRO VENA CAVA INFERIOR	\$	12,802.85
HDMHDM0007	ARCO AORTICO	\$	6,515.25
HDMHDM0008	CAMBIO DE SONDA, CATETER, DRENAJE, ETC.	\$	4,364.85
HDMHDM0066	CATERERISMO CON INTERVENCIONISMO	\$	17,157.00
HDMHDM0067	CATERERISMO DIAGNOSTICO	\$	18,928.35
HDMHDM0068	COLOCACION DE CATETER Y/O AGUJA	\$	8,991.15
HDMHDM0069	COLOCACION DE MARCAPASO DEFINITIVO	\$	6,927.90
HDMHDM0070	COLOCACION DE MARCAPASO TEMPORAL	\$	4,237.80
HDMHDM0071	CONSOLA PARA CONTRAPULSACION INTROAORTIC	\$	11,063.85
HDMHDM0072	CORONARIOGRAFIA BILATERAL	\$	14,985.60
HDMHDM0073	CORONARIOGRAFIA CON INTERVENCIONISMO	\$	18,732.00
HDMHDM0075	EMBOLIZACION	\$	15,962.10
HDMHDM0076	EMBOLIZACION DE CUALQUIER LESION	\$	15,962.10
HDMHDM0077	EMBOLIZACION DE RINON	\$	15,962.10
HDMHDM0078	EMBOLIZACION M V S	\$	15,962.10
HDMHDM0079	EMBOLIZACION SIGUIENDO ANGIOGRAFIA	\$	15,962.10
HDMHDM0080	EMBOLIZACION SIGUIENDO ANGIOGRAFIA RENAL	\$	15,962.10
HDMHDM0081	EQUIPO DE ANESTESIA FUERA DE QUIROFANO	\$	904.05
HDMHDM0096	USO EQUIPO HEMODINAMIA	\$	8,937.60
IMARAE0008	COLANGIO RETROG TRANSDUOD USO SALA R.X	\$	3,811.50
INHSER0008	PLETISMOGRAFIA CON DIFUSION	\$	2,145.15
INHSER0009	PLETISMOGRAFIA	\$	1,430.10
INHSER0012	ESPIROMETRIA	\$	787.50
INHSER0016	ESPIROMETRIA CON INTERPRETACION	\$	1,086.75
INHSER0018	ESPIROMETRIA Y DIFUSION	\$	1,548.00
INHSER0019	DIFUSION	\$	761.25
INHSER0021	ESPIROMETRIA C/BRONCODILATADOR S/INTERPR	\$	904.05
INHSER0022	ESPIROMETRIA C/BRONCODILATADOR C/INTERPR	\$	1,119.30
INHSER0023	ESPIROMETRIA Y RETO CON EJERCICIO	\$	941.85
INHSER0024	OXIDO NITRICO, MEDICION DE FRACCION EXH	\$	1,255.80
INH-SER0025	OXIDO NITRICO, MED. FRACCION EXHALADA+E	\$	1,397.55
GELAB00001	GE BICMETRIA HEMATICA	\$	166.90
GELAB00002	GE EXAMEN GENERAL DE ORINA	\$	176.40
GELAB00003	GE QUIMICA SANGUINEA (GE)	\$	280.35
GELAB00004	GE ELECTROLITITOS SERICOS	\$	691.95
GELAB00005	GE GASES ARTERIALES	\$	827.40
GELAB00006	GE GASES VENOSOS	\$	744.45

*Handwritten notes and signatures in blue ink:*

- Vertical signature on the right side of the table.
- Large scribbles and signatures in blue ink covering the bottom right portion of the page, overlapping the table's border.



**Hospital Angeles**  
CHIHUAHUA

HACIENDA DEL VALLE No. 7129  
FRACC. PLAZA LAS HACIENDAS CHIHUAHUA, CHIH.  
C.P. 31238 TEL. 439 27 00  
CHIHUAHUA, CHIH.

HINCNO024	HABITACION INCUBADORA DIA	\$	1,348.20
HINCNO005	HABITACION INCUBADORA HORA	\$	56.70
HUCIND025	HABITACION UCIN INTERMEDIOS	\$	3,103.80
HUCIND026	HABITACION UCIN	\$	6,207.60
HUCINOH027	HABITACION UCIN HORA	\$	164.85
HUTAIND041	HABITACION TERAPIA INTERMEDIA ADULTO	\$	5,982.90
HUTAND043	HABITACION TERAPIA INTENSIVA	\$	8,702.40
HUTPIND042	HABITACION TERAPIA INTERMEDIA PEDIATRICA	\$	6,330.45
HUTPNQH044	HABITACION TERAPIA INTENSIVA HORA	\$	362.25
HEMUSO001	EQUIPO HEMODIALISIS (USQ)	\$	1,189.65
HEMUSO002	INHEPAR 5000 U C/3ML	\$	86.10
HEMUSO003	HEPARINA 5000 U FA C/3ML	\$	119.70
HEMUSO004	COLOCACION DE CATETER PARA HEMODIALISIS	\$	2,235.45
HDMANG0001	ANGIOGRAFIA BRAQUIAL	\$	7,150.50
HDMANG0002	ANGIOGRAFIA CAROTIDEA BILAT xPUNCION FEM	\$	8,795.85
HDMANG0003	ANGIOGRAFIA CAROTIDEA BILATERAL	\$	8,795.85
HDMANG0004	ANGIOGRAFIA CAROTIDEA UNIL xPUNCION FEMO	\$	5,840.75
HDMANG0005	ANGIOGRAFIA CAROTIDEA UNILATERAL	\$	7,150.50
HDMANG0006	ANGIOGRAFIA CEREBRAL	\$	15,018.15
HDMANG0007	ANGIOGRAFIA DE ARTERIA DORSAL DE PENE	\$	15,018.15
HDMANG0008	ANGIOGRAFIA DE TRONCO CELIACO Y MESENTER	\$	12,232.50
HDMANG0009	ANGIOGRAFIA ESPINAL	\$	15,018.15
HDMANG0010	ANGIOGRAFIA FEMORAL BILATERAL	\$	9,446.85
HDMANG0011	ANGIOGRAFIA FEMORAL UNILATERAL	\$	5,183.85
HDMANG0012	ANGIOGRAFIA MESENTERICA	\$	9,446.85
HDMANG0013	ANGIOGRAFIA PULMONAR	\$	6,515.25
HDMANG0014	ANGIOGRAFIA RENAL	\$	12,232.50
HDMANG0015	ANGIOGRAFIA TRANSCOPERATORIA	\$	7,150.50
HDMANG0016	ANGIOGRAFIA TRONCO CELIACO	\$	2,232.50
HDMANG0017	ANGIOGRAFIA VERTEBRAL x PUNCION FEMORAL	\$	10,099.50
HDMANG0018	ANGIOGRAFIA Y EMBOLIZACION DE ART. BRONQU	\$	16,157.40
HDMANG0019	ANGIOGRAFIA Y EMBOLIZACION DE HEMOBILIA	\$	16,157.40
HDMHDM0001	ACRTOGRAFIA TRANSUMBAR	\$	9,219.00
HDMHDM0002	ACRTOGRAMA ABDOMINAL X PUNCION FEMORAL	\$	6,515.25
HDMHDM0003	ACRTOGRAMA CAYADO AORTICO X PUN. FEMORAL	\$	6,515.25
HDMHDM0004	APLIC MARCAPASO DE APOYO EN PROC DE CATE	\$	7,135.80
HDMHDM0005	APLICACION DE ENDOPROTESIS BILIAR	\$	13,600.85

*[Handwritten signatures and scribbles in blue and black ink are present over the table and surrounding area.]*

**HA**  
**Hospital Angeles**  
 CHIHUAHUA

HACIENDA DEL VALLE No. 7120  
 FRACC. PLAZA LAS HACIENDAS CHIHUAHUA, CHIH.  
 C.P. 31208 TEL. 439 27 00  
 CHIHUAHUA, CHIH.

*Handwritten signature in blue ink.*

GASGY0005	CARGO 3 HRS. OXIGENO	\$	177.45
GASGY0006	CARGO 1 HR OXIGENO	\$	48.20
GASGY0007	SET DE ANESTESICOS SVO FAST 1/2 HRA.	\$	666.75
GASGY0008	SET DE ANESTESICOS SVO FAST 1HR	\$	1,424.85
GASGY0009	SET DE ANESTESICOS SUPRANE 1 HRA.	\$	555.45
GASGY0010	SET DE ANESTESICOS SUPRANE 1/2 HRA	\$	286.65
GASGY0011	CARGO OXIDO NITROSO 2 LT/MIN/HR.	\$	594.30
GASGY0012	CARGO OXIDO NITROSO 3 LT/MIN/HR	\$	852.05
GASGY0100	SET DE ANESTESICOS SEVORANE 1/2 HRA	\$	666.75
GASGY0101	SET DE ANESTESICOS SEVORANE 1HR	\$	1,424.85
GINREN0006	RECUPERACION TOCO 1 HORA O FRACC.	\$	248.55
GINREN0007	RECUPERACION TOCO 2 HORAS	\$	486.15
GINREN0008	RECUPERACION TOCO 3 HORAS	\$	787.50
GINREN0009	USO CUBICULO TRATAMIENTO 1 HORA	\$	577.50
GINUSC0001	CARDIOTOCOGRAFO 1 A 3 HRS	\$	966.25
GINUSC0002	CARDIOTOCOGRAFO HASTA 30 MIN.	\$	434.70
GINUSC0003	MONITOR USO HASTA 24 HRS.	\$	1,265.40
GINUSC0005	TOCOCARDIOGRAFO (MENCOS 30 MINUTOS)	\$	365.40
GINUSC0006	USO SALA CIRUGIA GINECOLOGICA 1era HORA	\$	2,002.35
GINUSC0007	USO SALA CIRUGIA GINECOLOGICA HORA SUBS.	\$	1,539.30
GINUSC0008	USO SALA CIRUGIA MENOR 1/2 HR.	\$	885.15
GINUSC0009	USO SALA CIRUGIA MENOR HORA	\$	1,917.30
GINUSC0010	USO SALA LABOR (8 horas)	\$	1,420.65
GINUSC0011	USO SALA LABOR Y PARTO	\$	2,138.85
HABDBLD01	HABITACION DOBLE	\$	2,598.75
HABDBLD02	HABITACION DOBLE HORA	\$	108.15
HABNORD01	HABITACION NORMAL	\$	4,170.60
HABNORD02	HABITACION NORMAL HORA	\$	173.25
HABSUID01	HABITACION SUITE	\$	5,124.00
HABSUIH02	HABITACION SUITE HORA	\$	213.18
HABTRPO01	HABITACION TRIPLE	\$	2,056.35
HABTRPH02	HABITACION TRIPLE HORA	\$	86.10
HCUNNOD002	HABITACION CUNA NORMAL DIA	\$	1,244.25
HCUNNOR001	HABITACION CUNA NORMAL HORA	\$	51.45
HCUNRAD003	HABITACION CUNA RADIANTE	\$	1,415.40
HCUNRAH006	HABITACION CUNA RADIANTE HORA	\$	58.80
HCUNTED004	HABITACION CUNA TERMICA	\$	1,023.75

*Handwritten notes in blue ink:*  
 m.  
 or  
 m

*Large handwritten signature and scribbles in blue ink, crossing out the bottom right portion of the table.*



**Hospital Angeles**  
CHIHUAHUA

HACIENDA DEL VALLE No. 7120  
FRACC. PLAZA LAS HACIENDAS CHIHUAHUA, CHIH.  
C.P. 31236 TEL. 439 27 00  
CHIHUAHUA, CHIH.

GEIMA00075	GE PELVIS (CADERA) 1 POSICION	\$	684.60
GEIMA00076	GE PELVIS (CADEPAS) (POSICION DE RANA) 2	\$	1,353.45
GEIMA00077	GE PIE CUATRO POSICIONES	\$	1,221.15
GEIMA00078	GE PIE DOS POSICIONES	\$	935.55
GEIMA00079	GE PIE UNA POSICION	\$	584.60
GEIMA00080	GE PIERNA 1 POSICION (TIBIA Y PERONE)	\$	651.00
GEIMA00081	GE PIERNA 2 POSICIONES (TIBIA Y PERONE)	\$	1,422.75
GEIMA00082	GE PIES CON APOYO EN A.P. Y LAT. 4 POS	\$	1,466.90
GEIMA00083	GE RODILLA 1 POSICION	\$	553.35
GEIMA00084	GE RODILLA 2 POSICIONES	\$	1,093.05
GEIMA00085	GE RODILLA 4 POSICIONES	\$	1,710.45
GEIMA00086	GE ROTULA 2 POSICIONES	\$	1,042.65
GEIMA00087	GE ROTULA 3 POSICIONES (TANGENCIAL)	\$	1,654.90
GEIMA00088	GE ROTULA 5 POSICIONES TANGENCIAL Y LATER	\$	2,524.20
GEIMA00091	GE SACRO COCCIX 1 POSICION	\$	553.35
GEIMA00092	GE SACRO COCCIX 2 POSICIONES	\$	1,034.25
GEIMA00093	GE SENOS DE LA CARA 1 POSICION (S.P.N.)	\$	553.35
GEIMA00094	GE SENOS DE LA CARA 2 POSICIONES (S.P.N.)	\$	1,110.90
GEIMA00095	GE SENOS DE LA CARA 3 POSICIONES (S.P.N.)	\$	1,379.70
GEIMA00096	GE TOBILLO CUATRO POSICIONES	\$	1,335.90
GEIMA00097	GE TOBILLO DOS POSICIONES	\$	1,012.20
GEIMA00098	GE TOBILLO UNA POSICION	\$	1,066.90
GEIMA00100	GE TORAX COSTILLA A.P. (TORAX OSEO)	\$	732.90
GEIMA00101	GE TORAX COSTILLAS DOS POSICIONES (TORAX	\$	1,172.85
GEIMA00103	GE TORAX DOS POSICIONES	\$	1,241.10
GEIMA00104	GE TORAX P.A. (TELERRADIOGRAFIA DEL TORA	\$	936.85
GEIMA00106	GE ECO TRASVAGINAL O ENDOVAGINAL (PELV.)	\$	1,698.90
GEIMA00107	GE ECO ENDORECTAL (PROSTATA ABSCESOS PERI	\$	1,955.10
GEIMA00108	GE ECO RINONES Y SUPRARRENALES	\$	1,660.05
GEIMA00109	GE ECO DE CUALQUIER REGION	\$	2,094.75
GEIMA00110	GE ECO DE HOMBRO	\$	1,758.75
GEIMA00112	GE ECO EMBARAZO (OBSTETRICO)	\$	1,951.95
GEDEN00001	GE DENSITOMETRIAS UNA REGION	\$	614.25
GEDEN00002	GE DENSITOMETRIA 2 REGIONES	\$	1,228.50
GEDEN00003	GE DENSITOMETRIA CUERPO ENTERO	\$	1,753.50
GASGY00001	CARGO 1/2 HR. OXIGENO	\$	23.10
GASGY00004	CARGO 6 HRS. OXIGENO	\$	447.30

*[Handwritten blue scribbles]*

*[Handwritten signatures and scribbles in black ink]*

*[Large handwritten signatures and scribbles in blue ink]*

**HA**  
**Hospital Angeles**  
 CHIHUAHUA

HACIENDA DEL VALLE No. 7120  
 FRACC. PLAZA LAS HACIENDAS CHIHUAHUA, CHIH.  
 C.P. 31228 TEL. 439 27 00  
 CHIHUAHUA, CHIH.

GEIMA00025	GE CLAVICULA DOS POSICIONES	\$	1,172.85
GEIMA00026	GE CLAVICULA UNA POSICION	\$	585.90
GEIMA00027	GE CODO DOS POSICIONES	\$	1,062.60
GEIMA00028	GE CODO TRES POSICIONES	\$	1,012.20
GEIMA00029	GE COLUMNA CERVICAL CUATRO POSICIONES	\$	1,593.65
GEIMA00030	GE COLUMNA CERVICAL DOS POSICIONES	\$	1,266.30
GEIMA00031	GE COLUMNA CERVICAL TRES POSICIONES	\$	1,654.60
GEIMA00032	GE COLUMNA CERVICAL UNA POSICION	\$	553.35
GEIMA00033	GE COLUMNA CERVICO-DORSO-LUMBAR (ESCOLIC)	\$	2,313.15
GEIMA00034	GE COLUMNA DORSAL (TORACC/DORSOLUMB) 1POS	\$	651.00
GEIMA00035	GE COLUMNA DORSAL (TORACC/DORSOLUMB) 2POS	\$	1,138.20
GEIMA00036	GE COLUMNA DORSAL (TORACC/DORSOLUMB) 3POS	\$	1,530.90
GEIMA00037	GE COLUMNA DORSAL (TORACC/DORSOLUMB) 4POS	\$	1,743.00
GEIMA00039	GE COLUMNA LUMBAR (LUMBOSACRA) 1 POSICIO	\$	651.00
GEIMA00040	GE COLUMNA LUMBAR (LUMBOSACRA) 2 POSICIO	\$	1,534.05
GEIMA00041	GE COLUMNA LUMBAR (LUMBOSACRA) 3 POSICIO	\$	1,530.90
GEIMA00042	GE COLUMNA LUMBAR (LUMBOSACRA) 4 POSICIO	\$	1,823.85
GEIMA00043	GE COLUMNA LUMBAR (LUMBOSACRA) 5 POSICIO	\$	2,989.05
GEIMA00045	GE CRANEO DOS POSICIONES	\$	993.30
GEIMA00046	GE CRANEO TRES POSICIONES	\$	1,323.00
GEIMA00047	GE CRANEO UNA POSICION	\$	660.45
GEIMA00048	GE DEDOS MANO (2 POSICIONES)	\$	947.35
GEIMA00049	GE EDAD OSEA	\$	895.65
GEIMA00053	GE FEMUR (MUSLO) 1 POSICION	\$	651.00
GEIMA00054	GE FEMUR (MUSLO) 2 POSICIONES	\$	1,012.20
GEIMA00055	GE HOMBRO DOS POSICIONES	\$	1,010.10
GEIMA00056	GE HOMBRO TRES POSICIONES	\$	1,433.25
GEIMA00057	GE HOMBRO UNA POSICION PROYECCION EN Y	\$	620.55
GEIMA00058	GE HUESOS NASALES 1 POSICION (NARIZ)	\$	793.50
GEIMA00059	GE HUESOS NASALES 2 POSICIONES (NARIZ O P	\$	821.40
GEIMA00060	GE MANO CUATRO POSICIONES	\$	819.00
GEIMA00061	GE MANO DOS POSICIONES	\$	963.90
GEIMA00062	GE MANO TRES POSICIONES	\$	869.40
GEIMA00063	GE MANO UNA POSICION	\$	553.35
GEIMA00067	GE MAXILAR (MAXILAR SUPERIOR O MANDIBULA	\$	553.35
GEIMA00071	GE MUÑECA AP Y LATERAL	\$	1,034.25
GEIMA00073	GE ORTEJOS (DEDOS DEL PIE) 2 POSICIONES	\$	842.10

*[Handwritten signatures and scribbles in blue and black ink, including a large signature at the top right and several overlapping scribbles at the bottom right.]*



# Hospital Angeles

CHIHUAHUA

HACIENDA DEL VALLE No. 7129  
FRACC. PLAZA LAS HACIENDAS CHIHUAHUA, CHIH.  
C.P. 31238 TEL. 439 27 00  
CHIHUAHUA, CHIH.

ENDUS00013	BALON WCAB-35 G24945 35MM. 105FR. (USO)	\$	2,617.65
GEASM00001	PAQ. NEBULIZACION CON VENTOLIN	\$	683.55
GEASM00002	PAQ. NEBULIZACION CON COMBIVENT	\$	547.05
GEASM00003	PAQ. NEBULIZACION CON EPINEFRINA	\$	547.05
GEASM00004	PAQ. NEBULIZACION CON PULMICORT	\$	478.80
GEASM00005	PAQ. NEBULIZACION CON FLIXOTIDE	\$	410.55
GEASM00006	ESPIROMETRIA BASAL Y RETO CON EJERCICIO	\$	941.85
GEASM00007	ESPIROMETRIA C.BRONCODILATADOR S/INTERPR	\$	724.50
GEASM00008	OXIDO NITRICO MED. FRACC. EXHALADA (CLIN	\$	869.40
GEASM00009	DOSIS DE VENTOLIN (CLINICA DE ASMA)	\$	72.45
GEASM00010	AMPOLLETA COMBIVENT (CLINICA DE ASMA)	\$	66.15
GEASM00011	AMPOLLETA PULMICORT (CLINICA DE ASMA)	\$	157.50
GEASM00012	AMPOLLETA FLIXOTIDE (CLINICA DE ASMA)	\$	78.75
GEASM00013	AMPOLLETA RACEPINEPHRINE (CLINICA DE ASM	\$	165.90
GEASM00014	ESPIROMETRIA BASAL	\$	644.70
GEASM00015	OXIDO NITRICO MED. FRACC. EXHALADA + ESP	\$	1,231.65
GEASM00016	ESPIROMETRIA C.BRONCODILATADOR C/INTERPR	\$	1,119.30
GEIMA00000	GE ECO ABDOMEN INFERIOR	\$	1,660.05
GEIMA00001	GE ECO ABDOMEN TOTAL (SUPERIOR Y PELVICO	\$	3,469.20
GEIMA00002	GE ECO AORTA O VENA CAVA O ECO DOPPLER	\$	2,094.75
GEIMA00003	GE ECO EXTREM.Y LESIONES SUPERFI DEL CUE	\$	2,198.70
GEIMA00004	GE ECO DE TESTICULOS (ESCROTAL)	\$	1,965.60
GEIMA00005	GE ECO TIROIDES Y OTRAS MASAS CARA O CUE	\$	1,965.60
GEIMA00006	GE ECO MAMA O SENOS	\$	1,772.40
GEIMA00007	GE ABDOMEN (vientre) 1 POSICION	\$	772.80
GEIMA00008	GE ABDOMEN 2 POSICIONES	\$	1,505.70
GEIMA00009	GE ABDOMEN POR POSICION	\$	569.10
GEIMA00011	GE ANTEBRAZO 1 POSICION	\$	553.35
GEIMA00012	GE ANTEBRAZO 2 POSICIONES (CUBITO Y RADI	\$	1,010.10
GEIMA00013	GE AP Y LATERAL DE CADERA (2 POSICIONES)	\$	1,651.05
GEIMA00015	GE ARTICULACION COXOFEMORAL (CADERA) 2 P	\$	1,172.95
GEIMA00017	GE ARTICULACION SACRO-ILIACA 2 POSICIONE	\$	1,058.40
GEIMA00020	GE BRAZO 1 POSICION (HUMERO)	\$	553.35
GEIMA00021	GE BRAZO 2 POSICIONES (HUMERO)	\$	889.35
GEIMA00022	GE CALCANEO 1 POSICION (TALON)	\$	553.35
GEIMA00023	GE CALCANEO 2 POSICIONES (TALON)	\$	732.90
GEIMA00024	GE ECO ABDOMEN SUPERIOR	\$	1,788.95

**HA**  
**Hospital Angeles**  
 CHIHUAHUA

HACIENDA DEL VALLE No. 7129  
 FRACC. PLAZA LAS HACIENDAS CHIHUAHUA, CHIH.  
 C.P. 31238 TEL. 439 27 00  
 CHIHUAHUA, CHIH.

UCAUS0006	MONITOR CIRUGIA AMBULATORIA	\$	1,205.40
CMAMAM0001	ECO MAMA O SENOS	\$	819.00
CMAMAM0002	MAMOGRAFIA BILATERAL (MASTOGRAFIA)	\$	1,120.35
CMAMAM0003	MAMOGRAFIA UNILATERAL (2 PLACAS)	\$	712.95
CMAMAM0004	USO SALA ESTUDIO RADIOLOGIA	\$	520.80
CMAMAM0005	ECO PUNCION GUIADA (QUISTE, BIOPSIA, OTR)	\$	2,198.70
URGCST0010	CONSULTA CON MEDICO DE URGENCIAS	\$	393.75
UTIEQU0002	CAPNOGRAFO	\$	574.35
UTIREN0003	RENTA DE MARCAPASO TEMPORAL ( 12 HORAS )	\$	622.85
UTIREN0004	RENTA DE MARCAPASO TEMPORAL ( 24 HORAS )	\$	2,493.75
UTISER0001	APLICACION DE BALON EN UTI ADULTOS	\$	2,539.95
UTIUSO0005	USO COMPRESOR DE MEDIAS ANTITROMBOTICAS	\$	264.80
UTIUSO0006	USO DE MODULO DE PRESION INVASIVA	\$	1,121.40
CUNEST0001	TAMIZ AUDITIVO	\$	639.45
CUNUSO0002	USO DE CAMPANA CEFALICA	\$	361.20
CUNUSO0003	USO FOTOTERAPIA 1 HR.	\$	47.25
CUNUSO0004	USO FOTOTERAPIA 3 HRS.	\$	120.75
CUNUSO0005	USO FOTOTERAPIA 5 HRS.	\$	265.65
CUNUSO0006	USO FOTOTERAPIA 12 HRS.	\$	569.10
CUNUSO0007	USO FOTOTERAPIA 24 HRS.	\$	809.55
CUNUSO0008	VENTILADOR PEDIATRICO 12 HRS.	\$	1,505.70
EGGECO0001	ECO CORAZON CON DOPPLER	\$	1,758.75
EGGELE0009	ELECTROCARDIOGRAMA EN REPOSO	\$	547.05
EGGEST0012	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION	\$	1,413.30
EGGEST0013	MONITOREO AMBULATORIO HOLTER	\$	897.75
EGGPRU0014	PRUEBA DE ESFUERZO	\$	2,004.45
EGGPRU0015	PRUEBA DE HOLTER	\$	2,304.75
EGGPRU0017	PRUEBA DE HOLTER SI/ INTERPRETACION	\$	922.95
ENDEST0002	COLANGIOPANCREATOGRAFIA	\$	3,793.65
ENDEST0003	COLONOSCOPIA	\$	11,190.90
ENDEST0006	HOJA ADICIONAL DE FOTOGRAFIA	\$	237.30
ENDEST0007	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA	\$	1,288.25
ENDEST0008	RECTOSIGMOIDOSCOPIA	\$	2,413.95
ENDEST0009	GASTROSCOPIA (PANENDOSCOPIA ALTA)	\$	6,521.55
ENCINS0009	SET PERCUTANEO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPI	\$	5,420.10
ENDUSO0004	COLONOSCOPIA (USO SALA Y EQUIPO)	\$	3,260.40
ENDUSO0005	ENDOSCOPIA ALTA (USO SALA Y EQUIPO)	\$	2,155.65

*[Handwritten signatures and scribbles in blue and black ink, including a large 'H' and 'A' and various illegible signatures.]*

**HA**  
**Hospital Angeles**  
 CHIHUAHUA

HACIENDA DEL VALLE No. 7120  
 FRACC. PLAZA LAS HACIENDAS CHIHUAHUA, CHH.  
 C.P. 31238 TEL. 439 27 00  
 CHIHUAHUA, CHH.

CYEEST0029	PERILLA EST. MEDIANA	\$	54.60
CYEEST0030	STOCKINETE BRAZO ADULTO	\$	53.55
CYEEST0031	STOCKINETE BRAZO NIÑO	\$	53.55
CYEEST0032	STOCKINETE PIERNA ADULTO	\$	85.10
CYEEST0033	STOCKINETE PIERNA NIÑO	\$	53.55
CYEEST0034	STOCKINETE TORAX ADULTO	\$	86.10
CYEEST0035	STOCKINETE TORAX NIÑO	\$	75.60
CYEEST0036	TALCO PAQ. ESTERIL	\$	13.75
CYEEST0037	TAPONAMIENTO NASAL 40 CMS. ESTERIL	\$	18.90
CYEEST0039	TORUNDA DE GASA PAQ. C/5	\$	27.30
CYEEST0041	TORUNDAS DE ALGODÓN EST. PAQ. C/5	\$	15.75
CYEEST0044	VENDA DE GASA 5 CM ESTERIL	\$	69.30
CYEEST0045	VENDA DE GASA 10 CM ESTERIL	\$	76.80
CYEEST0046	VENDA ELÁSTICA 30 CMS ESTERIL PZA	\$	138.60
CYEEST0048	VENDA ELÁSTICA EST. 10 CMS PZA	\$	64.05
CYEEST0049	VENDA ELÁSTICA EST. 15 CMS PZA	\$	70.35
CYEEST0050	VENDA ELÁSTICA EST. 5 CMS PZA	\$	58.80
CYEEST0052	VENDA SMACH ESTERIL 10 CM PZA	\$	447.30
CYEEST0053	VENDA SMACH ESTERIL 7 CMS. PZA	\$	447.30
CYEEST0054	VENDA SMACH ESTERIL 5 CMS. PZA	\$	447.30
CYEEST0057	FIBRA (400/600) PARA EQUIPO LASER VELAS	\$	1,426.95
CYEEST0058	USO EQUIPO LASER VELAS	\$	4,012.05
CYEEST0059	USO INTRODUTOR Y CAT. GUIA PARA EQUIPO	\$	781.20
CYEEST0060	KIT BASICO DESECHABLES	\$	90.30
CYEEST0061	BULTO DE ROPA P/ CIRUGIA	\$	382.20
CMFR000001	SESION DE TERAPIA FISICA BASICA	\$	327.60
CMFR000002	SESION DE TERAPIA FISICA PLUS	\$	448.20
CMFR000003	SESION DE TERAPIA PULMONAR	\$	422.10
CMFR000004	SESION DE TERAPIA FISICA LINFEDEMA	\$	295.05
CMFR000005	SESION DE TERAPIA COGNITIVA	\$	437.35
CMFR000006	SESION DE TERAPIA DEGLUCION	\$	327.60
CMFR000007	SESION DE TERAPIA OCUPACIONAL	\$	327.60
UCAUSO00001	USO EQUIPO GASTROSCOPIA USO	\$	2,259.60
UCAUSO00002	USO CUBICULO Y MONITOR CX AMBULATORIA	\$	1,454.25
UCAUSO00003	USO CUBICULO HASTA 1 HORA CX AMBULATORIA	\$	265.65
UCAUSO00004	USO CUBICULO 2 HORAS CX AMBULATORIA	\$	472.50
UCAUSO00005	USO CUBICULO 3 HORAS CX AMBULATORIA	\$	841.05

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



# Hospital Angeles

CHIHUAHUA

HACIENDA DEL VALLE No. 7120  
FRACC. PLAZA LAS HACIENDAS CHIHUAHUA, CHIH.  
C.P. 31238 TEL. 439 27 00  
CHIHUAHUA, CHIH.

CYEEQE0020	EQUIPO EXPLORACION VAGINAL	\$	604.80
CYEEQE0021	EQUIPO PARA RETIRAR PUNTOS	\$	187.95
CYEEQE0022	COJIN ELECTRICO	\$	299.25
CYEEQE0023	EQUIPO DE ANESTESIA USO SIN TIEMPO	\$	2,517.90
CYEEQE0025	BISTURI ARMONICO JJ GEN04 NVO(CONSOLA)	\$	4,053.00
CYEEQE0026	DESFIBRILADOR	\$	825.30
CYEEQE0027	ELECTRO DERMATOMO (USO)	\$	1,047.90
CYEEQE0028	ELECTROCOAGULADOR (USO)	\$	853.55
CYEEQE0029	EQUIPO DE MIRINGOTOMIA	\$	218.40
CYEEQE0030	TORNIQUETE KIDDE	\$	372.75
CYEEQE0031	EQUIPO CRANEOTOMO NEUMATICO Y KIT (CODMA	\$	8,153.30
CYEEQE0032	MONITOR	\$	1,205.40
CYEEQE0033	USO DE ARTROSCOPIO	\$	1,277.65
CYEEQE0034	EQUIPO PUNCION LUMBAR	\$	768.60
CYEEQE0035	EQUIPO DE TRAQUEOSTOMIA	\$	1,173.15
CYEEST0001	APOSITO 30 X 30 ESTERIL	\$	110.25
CYEEST0003	APOSITO CHICO ESTERIL	\$	75.60
CYEEST0006	ASAS PARA AMIGDALAS #9 ESTERIL	\$	50.40
CYEEST0007	ASAS PARA AMIGDALAS #8 ESTERIL	\$	50.40
CYEEST0008	BOLSA CHICA PAQ C/2 ESTERIL	\$	15.75
CYEEST0009	BOLSA DE PLASTICO PAQ C/2 ESTERIL	\$	50.40
CYEEST0010	BOLSA NEGRA GRANDE 1 PZA ESTERIL	\$	21.00
CYEEST0012	HUATA ESTERIL 10 CM	\$	64.05
CYEEST0013	HUATA ESTERIL 15 CM	\$	64.05
CYEEST0014	HUATA ESTERIL 5 CM	\$	64.05
CYEEST0015	HUATA ESTERIL 7 CM	\$	64.05
CYEEST0016	LAPIZ P/ELECTROCAUTERIO (ESTERILIZADO	\$	218.40
CYEEST0017	LIGAS ESTERIL PAQ. C/3	\$	15.75
CYEEST0018	LIGAS ESTERIL PAQ. C/5	\$	16.80
CYEEST0019	MICROPORE 1 COLOR PIEL ESTERIL	\$	43.05
CYEEST0020	MICROPORE 1/2 COLOR PIEL ESTERIL	\$	19.95
CYEEST0021	ORGANDI ESTERIL PAQ. C/10 CMS.	\$	15.60
CYEEST0022	ORGANDI ESTERIL PAQ. C/20 CMS.	\$	33.60
CYEEST0023	ORGANDI ESTERIL PAQ. C/30 CMS.	\$	49.35
CYEEST0024	PALILLO PAQ. C/3 ESTERIL	\$	16.80
CYEEST0026	PERILLA EST. CHICA	\$	43.05
CYEEST0027	PERILLA EST. GRANDE	\$	50.40

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Large handwritten signature and scribbles*

*Handwritten signature*



**Hospital Angeles**  
CHIHUAHUA

HACIENDA DEL VALLE No. 7120  
FRACC. PLAZA LAS HACIENDAS CHIHUAHUA, CHIH.  
C.P. 31208 TEL. 439 27 00  
CHIHUAHUA, CHIH.

SERVICIOS HOSPITALARIOS DE MEXICO, S.A. DE C.V.  
Lista de Precios especiales Instituto Municipal de Pensiones

PRESTACION	DESCRIPCION DEL SERVICIO	PRECIO ESP 2018
LABBSA0001	AFERESIS P.REC. CELULAS TALLO PERIF.CD34	\$ 23,649.15
LABBSA0002	CRUCE DE SANGRE O SUS DERIVADOS	\$ 457.30
LABBSA0003	ESTUDIO PREELIMINAR DE DONADORES	\$ 390.80
LABBSA0004	LEUCOFERESIS	\$ 23,649.15
LABBSA0005	PLAQUETOFERESIS	\$ 23,649.15
LABBSA0006	PLASMA FRESCO CONGELADO HUMANO INACTIVAD	\$ 7,934.85
LABBSA0007	PLASMAFERESIS	\$ 23,649.15
LABBSA0008	TRANSFUSION DE CELULAS TALLO PERIF CD34	\$ 4,692.45
LABBSA0009	TRANSFUSION CON CRUCE DE SANGRE O SUS D	\$ 3,913.35
LABBSA0010	TRANSFUSION DE SANGRE SIN CRUCE	\$ 3,749.55
CYEEQE0001	EQUIPO DE ANGIOGRAFIA	\$ 606.90
CYEEQE0002	EQUIPO DE ARTERIOGRAFIA	\$ 611.10
CYEEQE0003	EQUIPO DE ASEO	\$ 267.75
CYEEQE0004	EQUIPO DE BLOQUEO	\$ 758.60
CYEEQE0005	EQUIPO DE CATETERISMO CARDIACO	\$ 528.15
CYEEQE0006	EQUIPO DE CESAREA	\$ 949.20
CYEEQE0007	EQUIPO DE CIRCUNCISION PEDIATRIACA	\$ 284.55
CYEEQE0008	EQUIPO DE CIRUGIA DE ESPECIALIDAD	\$ 1,275.75
CYEEQE0009	EQUIPO DE CIRUGIA MAYOR	\$ 1,223.75
CYEEQE0010	EQUIPO DE CIRUGIA MENOR	\$ 726.60
CYEEQE0011	EQUIPO DE CURACIONES (5 GASAS)	\$ 190.05
CYEEQE0012	EQUIPO DE CURACIONES HEMODIALISIS ( 10 G	\$ 265.65
CYEEQE0013	EQUIPO DE LEGRADO	\$ 604.30
CYEEQE0014	EQUIPO DE ONFALOCLISIS	\$ 501.90
CYEEQE0015	EQUIPO DE PARTO	\$ 754.65
CYEEQE0016	EQUIPO DE PUN. SUBCLAVIA	\$ 455.70
CYEEQE0017	EQUIPO DE SONDEO ( APLICACION SONDA FOLE	\$ 227.65
CYEEQE0018	EQUIPO DE SUTURA	\$ 208.95
CYEEQE0019	EQUIPO DE VENO-DISECCION	\$ 531.30

*[Handwritten signature]*

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

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten signature]*



**Hospital Angeles**  
CHIHUAHUA

HACIENDA DEL VALLE No. 7120  
FRACC. PLAZA LAS HACIENDAS CHIHUAHUA, CHIH.  
C.P. 3123A TEL. 439 27 00  
CHIHUAHUA, CHIH.

GELAB00007	GE REACCIONES FEBRILES	\$	265.65
GELAB00008	GE PROTEINA C REACTIVA	\$	362.25
GELAB00009	GE ANTIESTREPTOLICINA	\$	244.65
GELAB00010	GE TP	\$	203.70
GELAB00011	GE TPT	\$	196.35
GELAB00012	GE COPROPARASITOSCOPICO 1	\$	165.90
GELAB00013	TROPONINA I	\$	1,287.30
GELAB00014	GE HIV	\$	222.60
GELAB00015	GE ROSA DE BENGALA BRUCILLA	\$	297.75
GELAB00016	GE INFLUENZA A+B (PRUEBA RAPIDA) GABINET	\$	623.70
GELAB00017	GE COLESTEROL	\$	137.55
GELAB00018	GE TRIGLICERIDOS	\$	212.10
GELAB00019	GE SUB UNIDAD BETA CUALITATIVA	\$	233.10
LABINF0001	INFLUENZA A+B (PRUEBA RAPIDA)	\$	623.70
LABLAB0001	ACIDO LACTICO (LACTATO)	\$	618.45
LABLAB0002	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	\$	147.00
LABLAB0003	ACIDO URICO EN SANGRE	\$	206.85
LABLAB0004	ACIDO VALPROICO (DEPAKENE)	\$	531.30
LABLAB0005	ACTIVIDAD TRIPTICA EN HECES	\$	212.10
LABLAB0006	ALBUMINA EN LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO	\$	195.30
LABLAB0007	ALBUMINA EN SANGRE	\$	195.30
LABLAB0008	ALFA FETO PROTEINA (AFP)	\$	570.15
LABLAB0009	AMIBA EN FRESCO	\$	130.20
LABLAB0010	AMILASA EN ORINA DE 2 HORAS.	\$	292.95
LABLAB0011	AMILASA EN SANGRE	\$	292.95
LABLAB0012	AMONIO (AMONIACO)	\$	814.80
LABLAB0013	ANFETAMINAS	\$	487.20
LABLAB0014	ANTI COAGULANTE LUPICO	\$	895.65
LABLAB0015	ANTIDOPING 3 PARAMETROS	\$	403.20
LABLAB0017	ANTIDOPING 5 PARAMETROS	\$	923.95
LABLAB0018	ANTIESTREPTOLISINA (ASO)	\$	244.65
LABLAB0019	ANTIGENO AUSTRALIA, HbS <sub>Ag</sub>	\$	472.50
LABLAB0020	ANTIGENO CARCINOEMBRIOGENICO (CEA)	\$	652.05
LABLAB0021	BACILOSCOPIA CUALQUIER SITIO (BAAR) (2)	\$	407.40
LABLAB0022	BARBITURICOS	\$	487.20
LABLAB0023	BENZODIACEPINA	\$	402.15
LABLAB0024	BILIRRUBINA DIR.IND.TOTAL	\$	301.35

*[Handwritten signatures and scribbles in black and blue ink, including a large signature at the bottom and a vertical signature on the right side.]*



# Hospital Angeles

CHIHUAHUA

HACIENDA DEL VALLE No. 7120  
FRACC. PLAZA LAS HACIENDAS CHIHUAHUA, CHIH.  
C.P. 31238 TEL. 439 27 00  
CHIHUAHUA, CHIH.

LABLAB0025	BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA (BH)	\$	319.20
LABLAB0026	BNP (PEPTIDO NATRIURETICO) EN SANGRE	\$	2,333.10
LABLAB0027	BRUCELA (ROSA DE BENGALA)	\$	267.75
LABLAB0028	CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS	\$	244.65
LABLAB0029	CALCIO SERICO	\$	254.10
LABLAB0030	CANABINOIDES EN ORINA	\$	309.75
LABLAB0031	CARBAMACEPINA EN SUERO	\$	520.80
LABLAB0032	CELULAS L E	\$	147.00
LABLAB0033	CITOQUIMICO DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO	\$	627.90
LABLAB0034	CITOQUIMICO DE LIQUIDOS CORPORALES	\$	814.80
LABLAB0035	CITOQUIMICO C/COAGULININAS EN LIQ CEF	\$	1,506.75
LABLAB0036	CLORO EN SANGRE ELIMINAR	\$	195.30
LABLAB0037	COCAINA	\$	342.30
LABLAB0038	COLESTEROL HDL	\$	244.65
LABLAB0039	COLESTEROL LDL	\$	244.65
LABLAB0040	COLESTEROL TOTAL EN SUERO	\$	137.55
LABLAB0041	CONTEO (CUANTIFICACION) DE CELULAS TALLEO	\$	5,781.30
LABLAB0042	COOMBS DIRECTO	\$	244.65
LABLAB0043	COOMBS INDIRECTO	\$	289.90
LABLAB0045	CREATIN FOSFOQUINASA FRACC M.B. (CPKMB)	\$	423.15
LABLAB0046	CREATIN FOSFOQUINASA TOTAL	\$	227.85
LABLAB0047	CREATININA EN ORINA	\$	130.20
LABLAB0048	CREATININA SERICA	\$	130.20
LABLAB0049	CULTIVO CHLAMYDIA TRACOMATIS	\$	1,374.45
LABLAB0050	CULTIVO UREPLASMA/MYCOPLASMA	\$	1,180.20
LABLAB0051	CURVA DE TOLERANCIA A GLUCOSA OPT. 2HRS	\$	517.65
LABLAB0052	CURVA DE TOLERANCIA A GLUCOSA 3 HRS.	\$	439.95
LABLAB0053	CURVA DE TOLERANCIA A GLUCOSA 5 HRS.	\$	544.95
LABLAB0054	CURVA DE TOLERANCIA A LA LACTOSA	\$	520.80
LABLAB0055	DEPURACION DE CREATININA	\$	250.10
LABLAB0057	DIFENILHIDANTOINA SERICA	\$	520.80
LABLAB0058	DIGOXINA EN SANGRE	\$	618.45
LABLAB0059	DIMERO D (LATEX)	\$	869.40
LABLAB0060	ELECTROLITOS SERICOS (ES)	\$	691.95
LABLAB0061	ESPERMOCULTIVO	\$	620.55
LABLAB0062	ESTRADIOL SERICO	\$	463.05
LABLAB0064	ESTRIOL URINARIO	\$	520.80

*Handwritten blue scribbles and lines on the left side of the page.*

*Handwritten signatures and scribbles on the right side of the page, including a large signature that appears to be 'M. W.' and another 'M. W.' below it.*

*Large handwritten signatures and scribbles at the bottom of the page.*



**Hospital Angeles**  
CHIHUAHUA

HACIENDA DEL VALLE No. 7120  
FRACC. PLAZA LAS HACIENDAS CHIHUAHUA, CHIH.  
C.P. 31206 TEL. 439 27 00  
CHIHUAHUA, CHIH.

LABLAB0065	ESTROGENOS EN ORINA	\$	5,325.60
LABLAB0066	ESTROGENOS EN SUERO	\$	429.45
LABLAB0068	FOSFORO EN ORINA	\$	184.30
LABLAB0069	ESTUDIOS PRENATALES PARCIAL	\$	1,205.40
LABLAB0070	ESTUDIOS PRENATALES COMPLETO	\$	2,475.90
LABLAB0071	ESTUDIOS PRENUPCIALES	\$	700.35
LABLAB0072	ESTUDIOS PREOPERATORIOS	\$	1,475.25
LABLAB0074	FACTOR DU	\$	162.75
LABLAB0075	FACTOR L.E. LATEX	\$	455.70
LABLAB0075	FACTOR REUMATOIDE (CUALITATIVO)	\$	362.25
LABLAB0077	FACTOR REUMATOIDE (CUANTITATIVO)	\$	465.15
LABLAB0078	FENOBARBITAL (DILANTIN) SUERO	\$	520.30
LABLAB0079	FIBRINOGENO, CUANTIFICACION	\$	558.80
LABLAB0080	FORMULA BLANCA	\$	227.85
LABLAB0081	FORMULA ROJA	\$	240.45
LABLAB0082	FOSFATASA ALCALINA SERICA	\$	270.90
LABLAB0083	FOSFORO EN SANGRE	\$	270.90
LABLAB0084	FROTIS EN SANGRE PERIFERICA	\$	130.20
LABLAB0085	FSH SERICO	\$	430.50
LABLAB0086	GAMAGLUTAMILTRANSPEPTIDASA	\$	559.55
LABLAB0087	GASES ARTERIALES	\$	827.40
LABLAB0088	GASOMETRIA VENOSA	\$	744.45
LABLAB0089	GLOBULINA EN SUERO	\$	227.85
LABLAB0090	GLUCOSA EN SANGRE	\$	154.35
LABLAB0091	GLUCOSA POSCARGA 50 GR	\$	361.20
LABLAB0092	GLUCOSA POST-PRANDIAL DE DOS HORAS	\$	261.45
LABLAB0094	GOTA GRUESA	\$	260.40
LABLAB0095	GRUPO SANGUINEO Y RH	\$	194.25
LABLAB0096	HEMATOCRITO	\$	179.55
LABLAB0097	ANTICUERLANTI HIV (PRUEBAS DE SIDA)	\$	514.50
LABLAB0098	HOMOCISTEINA EN SUERO	\$	363.05
LABLAB0099	HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSH)	\$	423.15
LABLAB0100	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE EN SANGRE	\$	413.70
LABLAB0101	HORMONA LUTEINIZANTE EN SANGRE	\$	430.50
LABLAB0102	HUNNER Y RODRIGUEZ VILLA, PRUEBAS DE	\$	814.30
LABLAB0103	DESHIDROGENASA LACTICA EN SUERO (DHL)	\$	247.80
LABLAB0104	LIPASA EN ORINA	\$	260.40

*Handwritten notes and signatures:*

- Top right: A blue checkmark.
- Right side: A vertical line with a blue checkmark and the text "Mr. AN".
- Bottom: Several large, overlapping handwritten signatures in black and blue ink.



# Hospital Angeles

CHIHUAHUA

HACIENDA DEL VALLE No. 7120  
FRACC. PLAZA LAS HACIENDAS CHIHUAHUA, CHIH.  
C.P. 31238 TEL. 439 27 00  
CHIHUAHUA, CHIH.

LABLAB0105	LIPASA EN SANGRE	\$	260.40
LABLAB0107	MAGNESIO SERICO	\$	307.65
LABLAB0108	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	\$	300.30
LABLAB0109	MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)	\$	2,899.05
LABLAB0110	MIOGLOBINA SERICA	\$	1,686.30
LABLAB0111	MONOTEST	\$	475.65
LABLAB0112	NITROGENO DE UREA EN SANGRE	\$	147.00
LABLAB0113	OPICEOS	\$	487.20
LABLAB0114	OSMOLARIDAD SERICA	\$	879.90
LABLAB0115	OSMOLARIDAD URINARIA	\$	879.90
LABLAB0116	PCR ULTRASENSIBLE	\$	192.15
LABLAB0117	PERFIL BIOQUIMICO	\$	2,398.20
LABLAB0118	PERFIL BIOQUIMICO 12	\$	1,628.55
LABLAB0119	PERFIL BIOQUIMICO 15	\$	1,953.10
LABLAB0120	PERFIL BIOQUIMICO 17	\$	2,117.85
LABLAB0121	PERFIL CARDIOLOGICO	\$	3,346.35
LABLAB0123	PERFIL DE BIOQUIMICA I (CIMA-I)	\$	1,221.15
LABLAB0124	PERFIL DE BIOQUIMICA II (CIMA-II)	\$	1,465.80
LABLAB0125	PERFIL DE BIOQUIMICA III (CIMA-III)	\$	1,589.65
LABLAB0126	PERFIL DE COAGULACION	\$	728.70
LABLAB0127	PERFIL DE COAGULACION COMPLETO	\$	847.35
LABLAB0129	PERFIL DE DIABETES	\$	2,893.80
LABLAB0130	PERFIL DE FUNCION HEPATICA QUIMICA (PFH)	\$	708.75
LABLAB0131	PERFIL DE HEPATITIS B	\$	2,932.65
LABLAB0132	PERFIL DE LIPIDOS QUIMICO	\$	1,242.15
LABLAB0134	PERFIL DE QUIMICA GENERAL	\$	4,802.70
LABLAB0135	PERFIL DE QUIMICA GENERAL/ESPECIAL	\$	5,765.55
LABLAB0136	PERFIL DE TOXICOLOGIA EN ORINA (SCREENIN)	\$	3,689.70
LABLAB0137	PERFIL ENZIMAS CARDIACAS	\$	999.60
LABLAB0138	PERFIL HORMONAL 5	\$	1,875.30
LABLAB0139	PERFIL HORMONAL 8	\$	2,464.35
LABLAB0140	PERFIL OVARICO	\$	403.20
LABLAB0142	PERFIL REUMATOIDE	\$	1,874.25
LABLAB0146	PERFIL TIROIDEO	\$	1,292.00
LABLAB0147	PERFIL TIROIDEO PARCIAL (3)	\$	574.35
LABLAB0148	PH EN SANGRE	\$	358.06
LABLAB0149	PLAQUETAS CUENTA (RECUESTO PLAQUETARIO)	\$	195.30

*[Handwritten signature]*

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

*[Handwritten signature]*

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



**Hospital Angeles**  
CHIHUAHUA

HACIENDA DEL VALLE No. 7120  
FRACC. PLAZA LAS HACIENDAS CHIHUAHUA, CHIH.  
C.P. 31238 TEL. 439 27 00  
CHIHUAHUA, CHIH.

LABLAB0150	POTASIO (SUERO, ORINA, SUDOR O LCR)	\$	227.85
LABLAB0151	PPD (MANTOUX, TUBERCULINA)	\$	384.30
LABLAB0152	PROGESTERONA SERICA	\$	430.50
LABLAB0153	PROLACTINA SERICA	\$	488.25
LABLAB0154	PROLACTINA (2 DETERMINACIONES)	\$	647.85
LABLAB0155	PROTEINA C REACTIVA (PCR)	\$	362.25
LABLAB0156	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HRS (ALBUMINA)	\$	147.00
LABLAB0157	PROTEINAS TOTALES	\$	206.95
LABLAB0158	PROTEINAS TOTALES Y RELACION	\$	294.00
LABLAB0160	PRUEBA DE EMBARAZO SANGRE/ORINA	\$	292.95
LABLAB0161	PRUEBA DEL TORNIQUETE	\$	227.85
LABLAB0162	PRUEBAS CRUZADAS (ESTUDIO DE DONADOR COM)	\$	2,443.35
LABLAB0163	PUNTEADO BASOFILO	\$	213.15
LABLAB0164	QUIMICA SANGUINEA 4 PARAMETROS (QS)	\$	319.20
LABLAB0165	QUIMICA SANGUINEA 6 PARAMETROS (QS)	\$	389.55
LABLAB0167	R.P.R.	\$	142.80
LABLAB0168	REACCIONES FEBRILES COMPLETAS	\$	484.10
LABLAB0169	REACCIONES FEBRILES EN TUBO	\$	445.20
LABLAB0170	RETICULOCITOS	\$	147.00
LABLAB0171	RETRACCION DEL COAGULO	\$	195.30
LABLAB0172	SANGRE OCULTA EN HECEAS	\$	147.00
LABLAB0173	SANGRIA	\$	423.15
LABLAB0174	SODIO EN SUERO, ORINA, SUDOR O LCR	\$	227.85
LABLAB0175	SUB UNIDAD BETA DE HCG CUALITATIVA	\$	516.60
LABLAB0176	SUB UNIDAD BETA DE HCG CUANTITATIVA	\$	862.05
LABLAB0177	T CAPTACION	\$	416.85
LABLAB0178	T3 TOTAL SUERO	\$	430.50
LABLAB0179	T4 NEONATAL	\$	395.95
LABLAB0180	T4 TOTAL SUERO	\$	430.50
LABLAB0181	TESTOSTERONA SERICA	\$	520.80
LABLAB0182	TIEMPO DE COAGULACION	\$	162.75
LABLAB0183	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	\$	211.05
LABLAB0184	TIEMPO DE SANGRADO	\$	162.75
LABLAB0185	TIEMPO DE TROMBINA	\$	284.90
LABLAB0186	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TPT)	\$	196.55
LABLAB0187	TINCION PARA HIERRO	\$	410.55
LABLAB0188	TIROGLOBULINA	\$	1,260.00

*[Handwritten signatures and scribbles in black and blue ink, including a large signature at the bottom center and various marks on the right side.]*