

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS

Contrato de prestación de servicios médicos que celebran por una parte SERVICIOS DE AGUA POTABLE, ALCANTARILLADO Y SANEAMIENTO DE MATEHUALA, S.L.P., S.A.P.S.A.M. al que en lo sucesivo se le denominará SAPSAM, representado por el M.A.P. JUAN CARLOS PÉREZ MENDOZA en su carácter de Director General y por la otra el **DR. JOSE GIBRAN CRUZ GONZALEZ**, a quien en lo sucesivo se le denominará EL PRESTADOR DEL SERVICIO, sujetándose a las declaraciones y cláusulas siguientes:

DECLARACIONES

PRIMERA: SAPSAM DECLARA:

- I. Ser un Organismo Público Descentralizado de la Presidencia Municipal de Matehuala, S.L.P. Creado conforme al Decreto No. 827 de fecha 16 de junio de 1997, publicado en el Diario Oficial de la Federación de fecha 26 de junio del 1997.
- II. Que tiene su domicilio establecido en Boulevard Carlos Lasso No. 129, en Matehuala, S.L.P. mismo que señala para los fines legales de este documento.
- III. En base al artículo 100 fracción X de la Ley De Agua Potable para el Estado de San Luis Potosí, en donde autoriza al Director General del Organismo Operador Paramunicipal Gestionar y obtener, conforme a la legislación aplicable y previa autorización de la Junta de Gobierno, el financiamiento para obras, servicios y amortización de pasivos, así como suscribir créditos o títulos de crédito, contratos u obligaciones ante instituciones públicas y privadas;
- IV. En apego al Capítulo Quinto Artículo 51, fracción VIII del reglamento interno del Organismo Operador, el cual autoriza al Director General la celebración de convenios y contratos necesarios en relación con sus funciones y atribuciones.
- V. El Lic. Juan Carlos Pérez Mendoza acredita su personalidad mediante protocolización del Acta de Asamblea con fecha 05 de Diciembre del 2019 del Acta de la Octogésima Reunión Extraordinaria de la Junta de Gobierno S.A.P.S.A.M. la cual otorga el poder general para pleitos y cobranzas, actos de administración, de dominio y efectos laborales con facultades para revocar poderes a favor de terceros. Ante la fe del Notario Público No. 4 Lic. Rodolfo Ledesma Loredo, el cual a la fecha no ha sido revocado.
- VI. Que presta el servicio médico a sus trabajadores, pensionados y derechohabientes a través de sus hospitales regionales, generales, clínicas y consultorios de acuerdo al Manual de Condiciones Laborales Vigente de SAPSAM.
- VII. Que tiene necesidad de contratar el servicio de **ULTRASONIDO Y DE RAYOS X** en la Localidad de Matehuala, S.L.P.
- VIII. Que cuenta con los recursos necesarios para hacer frente al compromiso de pago derivado de este contrato, proveniente de su presupuesto debidamente autorizado por la Junta de Gobierno.

SEGUNDA.- EL PRESTADOR DE SERVICIO DECLARA:

- I. Que actúa por su propio derecho y presenta cédula de identificación fiscal CUGG800507QM3, CURP CUGG800507HPLRNB02 así como Cédula Profesional No. 4621678 y Cedula de Especialidad 7130654
- II. Declara ser mexicano y conviene, aun cuando llegare a cambiar de nacionalidad, en seguirse considerando como mexicano por cuanto a este contrato se refiere y no invocar la protección de ningún Gobierno Extranjero bajo pena de perder en beneficio de la Nación Mexicana, todo derecho derivado de este Contrato.
- III. Que tiene capacidad jurídica para contratar y obligarse a la ejecución de los Servicios de este Contrato, y que dispone de la organización y elementos suficientes para ello.
- IV. Que conoce plenamente el contenido de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento, así como, las especificaciones generales y particulares del servicio, los programas físicos y financieros, los documentos en que se consignan los conceptos y precios del servicio.
- V. Que ha considerado todos los factores que intervienen en la ejecución de los servicios.
- VI. Que señala como su Domicilio Fiscal en la Calle Juárez Norte No. 5, Colonia Centro, CP 73470, en la localidad de Huehuetla, Puebla y el domicilio para la atención de los servicios en la Calle de Insurgentes 307-A Colonia Centro, CP 78700, en la Ciudad de Matehuala S.L.P. y número telefónico 444 225 59 14.
- VII. Que no se encuentra dentro de las personas impedidas para suscribir este contrato de acuerdo a lo previsto en el artículo 50 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
- VIII. Que bajo protesta de decir verdad manifiesta que se encuentra al corriente en el cumplimiento de sus Obligaciones fiscales.

TERCERA.- LAS PARTES DECLARAN

Que se obligan en los términos de este Contrato y del contenido de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento, Lineamientos, Circulares y demás disposiciones administrativas que rigen en la materia.

CLAUSULAS

PRIMERA.- OBJETO DEL CONTRATO

SAPSAM encomienda a EL PRESTADOR DE SERVICIO y este se obliga a realizar hasta la terminación de este Contrato el servicio consistente en **ULTRASONIDO Y DE RAYOS X** en la localidad de Matehuala, S.L.P., a los trabajadores, pensionados y derechohabientes de SAPSAM, de acuerdo a los procedimientos, requisitos y condiciones mínimas establecidas en este Contrato.

SEGUNDA.- MONTOS.

El monto que se manejará en este contrato se sujetara a los costos que se al presente contrato; aquellos servicios que no se encuentren incluidos dentro de la lista anexa EL PRESTADOR DE SERVICIO informara a SAPSAM en forma anticipada el costo de los servicios a fin de que sea el servicio sea autorizado.

TERCERA.- VIGENCIA.

La duración de este contrato será por un año a partir de la firma de este contrato y termina el 31 de Diciembre 2024 o cuando SAPSAM Y/O EL PRESTADOR DEL SERVICIO así lo estime conveniente, notificando a la otra parte con 30 días de anticipación.

CUARTA.- ESPECIFICACIONES PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

EL PRESTADOR DE SERVICIO se obliga a:

- a. Ejecutar los servicios objeto de este contrato con estricto apego a lo establecido, y en la localidad de Matehuala, S.L.P. a satisfacción de **SAPSAM**, para lo cual se deberá sujetar al siguiente procedimiento:
- b. Atender únicamente a aquellas personas que comprueben que son derechohabientes del servicio médico de **SAPSAM**, a través del pase médico que es expedido por el departamento de Recursos Humanos.
- c. Prestar el Servicio a satisfacción de **SAPSAM** y sus derechohabientes lo que incluye amabilidad en el trato, disponibilidad de Instalaciones, equipos y material propios del servicio contratado, contar con el personal suficiente y calificado; e interpretar y entregar la interpretación de los estudios para el seguimiento del médico.
- d. En casos de urgencia médica del paciente de **SAPSAM**, el **PRESTADOR DEL SERVICIO** deberá tener la disponibilidad para atender a los trabajadores, pensionados y sus derechohabientes.
- e. O en su defecto si la urgencia requiere atención medica de especialidad, internamiento, intervenciones quirúrgicas o de estudios especializados, SAPSAM tiene estipulado el uso obligatorio a su personal y derechohabientes, un Segundo Nivel de atención médica a través del Hospital General de Matehuala en todos los servicios que esa institución preste, y para un Tercer Nivel de atención médica a través del Hospital Central en San Luis Potosí en todas sus especialidades, estudios y servicios.
- f. Para el uso de especialidades y estudios especializados, el **PRESTADOR DEL SERVICIO** deberá enviar a **SAPSAM** informe del motivo del porque no puede llevar a cabo el servicio al paciente en el que especifique la especialidad a la que debe ser canalizado.
- g. En los casos en que el **PRESTADOR DE SERVICIO** se ausente, pondrá a disposición del personal y derechohabientes de **SAPSAM** un suplente con el fin de que no se interrumpa la prestación del servicio a los trabajadores, pensionados y derechohabientes de **SAPSAM**.
- h. Al momento de tramitar el pago de sus servicios presentar **FACTURA ELECTRÓNICA**, la cual deberá expedirse en acuerdo a la Ley Fiscal vigente.

- i. Adjunto a la **FACTURA ELECTRÓNICA** deberá presentar pases del personal, trabajadores, pensionados o derechohabiente del servicio médico de **SAPSAM**, listado de personal atendido con sus respectivas firmas, como constancia de haber recibido de conformidad la atención por parte del **PRESTADOR DEL SERVICIO MEDICO**.
- j. Oficio o escrito en hoja membretada con la relación del personal atendido.
- k. Lo anterior deberá ser presentado de forma **QUINCENAL** los días Miércoles siguientes a la quincena **EN LAS OFICINAS ADMINISTRATIVAS** de SAPSAM ubicadas en Boulevard Carlos Lasso No. 129 en un horario de **10:00 a.m. a 4:00 p.m.**

SAPSAM se obliga a lo siguiente:

- a. Recibir los documentos fiscales para efectos de tramitar pago para lo cual expedirá un contra recibo que entregará al PRESTADOR DE SERVICIO como garantía, en el cual se especificará fecha de pago y las observaciones pertinentes a que haya lugar.
- b. SAPSAM se obliga a pagar dentro de los diez días posteriores a la presentación del respectivo recibo de honorarios médicos la cantidad contenida en el documento en moneda nacional.

QUINTA.- MODIFICACIONES AL CONTRATO

SAPSAM podrá convenir con el PRESTADOR DE SERVICIO modificaciones que impliquen un incremento en el precio de la consulta.

SEXTA.- RESPONSABILIDAD POR LA EJECUCIÓN DE LOS SERVICIOS.

Si el PRESTADOR DEL SERVICIO sin autorización expresa de SAPSAM realiza servicios que por su naturaleza o por su cantidad no estén contemplados en este contrato, independientemente de la responsabilidad en que puede incurrir por la realización de esos servicios excedentes, no tendrá derecho a exigir pago alguno sobre tales servicios.

SÉPTIMA.- RELACIONES LABORALES

El PRESTADOR DE SERVICIO como patrón del personal que ocupa con motivo de los servicios del presente Contrato, será el único responsable de las obligaciones derivadas de las disposiciones legales y demás ordenamientos en materia de trabajo y seguridad social para con sus trabajadores.

EL PRESTADOR DE SERVICIO conviene por los mismo, en responder a todas las reclamaciones que sus trabajadores o terceros que intervengan en el servicio contratado presenten en contra de SAPSAM, y en caso de que se involucre a este Organismo Público, estará obligado a sacarlo en paz y a salvo de cualquier juicio o responsabilidad derivada de la ejecución del servicio, o de los servicios relacionados con el objeto de este contrato; así mismo le resarcirá a SAPSAM cualquier cantidad que llegase a erogar por dicho concepto.

OCTAVA.- JURISDICCIÓN

Para la interpretación y cumplimiento de este contrato, así como para todo aquello que no esté expresamente estipulado en el mismo, las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales y Leyes de la Ciudad de Matuhuala, S.L.P. EL PRESTADOR DE SERVICIO renuncia a cualquier fuero que pudiera corresponderle en razón de su domicilio presente o futuro o por cualquier otra causa, así como EL PRESTADOR DE SERVICIO se obliga a notificar a SAPSAM cualquier cambio en su domicilio durante la vigencia del Contrato.

Previa lectura del presente Contrato se firma en dos tantos en la ciudad de Matehuala, S.L.P. a los 15 días del Mes Junio 2024.

AUTORIZADO

POR SAPSAM

M.A.P. JUAN CARLOS PÉREZ MENDOZA
DIRECTOR GENERAL DE SAPSAM.

POR EL PRESTADOR DE SERVICIO

DR. JOSE GIBRAN CRUZ GONZALEZ
RFC: CUGG800507QM3



**IMAGEN
DIAGNÓSTICA DEL
ALTIPLANO**

COSTO

TORAX

1	TELE DE TORAX (PULMON)	\$450.00
2	TELE DE TORAX Y LATERAL	\$650.00
3	TORAX OSEO AP	\$450.00
4	TORAX OSEO AP Y OBLICUA	\$650.00
5	TORAX OSEO Y 2 OBLICUAS	\$850.00
6	TORAX PLACA ADICIONAL	\$200.00

CUELLO

7	LATERAL DE CUELLO (ADENOIDES)	\$450.00
8	CUELLO PLACA ADICIONAL	\$200.00

COLUMNA VERTEBRAL

9	COLUMNA CERVICAL AP Y LATERAL	\$650.00
10	COLUMNA CERVICAL AP, LATERAL Y 2 OBLICUAS	\$1,000.00
11	COLUMNA CERVICAL AP, LATERAL, OBLICUAS Y DINAMICAS	\$1,300.00
12	COLUMNA DORSO LUMBAR AP Y LATERAL	\$1,000.00
13	COLUMNA DORSAL AP Y LATERAL	\$650.00
14	COLUMNA LUMBAR AP Y LATERAL (SACRA)	\$650.00
15	COLUMNA LUMBAR AP, LATERAL Y OBLICUA	\$850.00
16	COLUMNA LUMBAR AP Y LATERAL Y 2 OBLICUAS	\$1,000.00
17	COLUMNA VERTEBRAL PLACA ADICIONAL	\$200.00
18	AP. CADERA	\$450.00
19	CADERA AP Y AXIAL	\$650.00
20	CADERA AP Y LATERAL	\$650.00
21	AXIAL DE CADERA	\$450.00

PELVIS

21	ARTICULACION SACROILIACA(1 PROYECCIÓN)	\$450.00
22	ARTICULACION SACROILIACA + 2 OBLICUAS	\$850.00
23	ARTICULACION SACROILIACA 1 OBLICUA	\$450.00
24	LATERAL DE COXIS	\$450.00
25	PELVIS ABDUCCION (RANA)	\$450.00
26	PELVIS AP	\$450.00
27	PELVIS AP Y OBLICUA DE CADERA	\$650.00
28	PELVIS PLACA ADICIONAL	\$200.00
29	AP Y LATERAL DE COXIS	\$650
30	AP Y LATERAL DE SACRO	\$650
31	HUECO PELVICO (DIU))	\$450.00

ABDOMEN

32	ABDOMEN SIMPLE (1 PLACA DECUBITO O RÍPEDESTACION)	\$450.00
----	---	----------

33	ABDOMEN SIMPLE (2 PLACAS DECUBITO Y BIPEDESTACION)	\$650.00
34	ABDOMEN SIMPLE PLACA ADICIONAL	\$200.00

CABEZA

35	CRANEO AP O LATERAL	\$450.00
36	CRANEO AP Y LATERAL	\$650.00
37	SILLA TURCA LATERAL	\$450.00
38	SILLA TURCA AP Y LATERAL	\$650.00
39	SENOS PARANASALES (CADWELL, WATTER Y LATERAL)	\$850.00
40	WATTER Y PERFILOGRAMA	\$650.00
41	PERFILOGRAMA	\$450.00
42	SHULLER	\$450.00
43	MANDIBULA (2 PROYECCIONES)	\$650.00
44	(MANDIBULA) SHULLER COMPARATIVA (2 PROYECCIONES)	\$900.00
45	(MANDIBULA SHULLER COMPARATIVA (4 PROYECCIONES) boca abierta boca cerrada	\$1,000.00
46	NARIZ	

EXTREMIDADES

47	ANTEBRAZO (RADIO Y CUBITO) AP Y LATERAL	\$550.00
48	AXIAL DE ROTULAS A 30 GRADOS	\$450.00
49	AXIAL DE ROTULAS A 60 GRADOS	\$450.00
50	AXIAL DE ROTULAS A 90 GRADOS	\$450.00
51	BRAZO (AP Y LATERAL HUMERO)	\$650.00
52	CLAVICULA (1 PLACA)	\$450.00
53	CLAVICULA COMPARATIVA	\$650.00
54	CODO AP Y LATERAL	\$550.00
55	CODOS COMPARATIVOS	\$1,000.00
56	EDAD OSEA (1 PROYECCION)	\$450.00
57	EDAD OSEA (2 PROYECCIONES)	\$650.00
58	ESPOLON CALCANEIO (1 PROYECCION)	\$450.00
59	ESPOLON CALCANEIO COMPARATIVO	\$650.00
60	ESTERNON LATERAL	\$450.00
61	EXTREMIDADES PLACA ADICIONAL	
62	HOMBRO (1 PLACA) (AP ESCAPULA)	\$450.00
63	HOMBRO (2 PLACAS) * AXIAL	\$650.00
64	HOMBRO PLACA ADICIONAL	
65	MANO AP, Y OBLICUA	\$550.00
66	MANOS COMPARATIVAS (1 PLACA)	\$500.00
67	MANOS COMPARATIVAS (2 PLACAS)	\$850.00
68	ESCANOMETRIA (RADIMETRIA)	\$800.00
69	MUÑECA AP Y LATERAL	\$500.00
70	MUÑECA COMPARATIVA AP	\$500.00
71	MUÑECAS COMPARATIVAS (2 PLACAS)	\$1,000.00
72	MUSLO (FEMUR) AP	\$450.00
73	MUSLO (FEMUR) AP Y LATERAL	\$550.00
74	PIE (2 PROYECCIONES) AP Y OBLICUA	\$550.00
75	PIE CON APOYO AP Y LATERAL	\$550.00
76	LATERAL DE PIE	\$400.00
77	PIERNA (TIBIA Y PERONE) AP Y LATERAL	\$550.00

78	PIERNA PLACA ADICIONAL	\$200.00
79	PIES COMPARATIVOS (1 PLACA)	\$500.00
80	PIES COMPARATIVOS (2 PLACAS)	\$1,000.00
81	PLACA ADICIONAL DE PIE	\$200.00
82	RODILLA AP Y LATERAL	\$650.00
83	RODILLA PLACA ADICIONAL	\$200.00
84	RODILLAS COMPARATIVAS (1 PLACA) AP	\$450.00
85	RODILLAS COMPARATIVAS (3 PLACAS) AMBAS AP Y LATERAL	\$800.00
86	SERIE OSEA METASTASICA (8 PROYECCIONES)	\$2,000.00
87	TOBILLO AP Y LATERAL	\$550.00
88	TALON (LATERAL DE CALCANEOS)	\$300.00
89	DORSOPLANTAR, OBLICUA Y LATERAL DE AMBOS PIES CON CARGA	\$1,200.00
90	COMPARATIVAS DE TIBIA (PIERNA) AP Y LATERAL	\$1,000
91	AP Y LATERAL DE LAS RODILLAS CON CARGA (PARADO)	\$800

Ultrasonido	costo	Preparación
Abdomen (hígado, vesícula, páncreas, los dos riñones, bazo)	\$550.00	Ayuno de 8 hrs
Hígado y vías biliares(hígado, vesícula, páncreas, los dos riñones, bazo)	\$550.00	Ayuno de 8 hrs
Pélvico (matriz, ovarios, vejiga) - Vía abdominal - Vía vaginal	\$550.00	Tomar litro y medio de agua hora y media antes de venir al estudio. No necesita estar en ayuno
Renal (riñones y vejiga)	\$550.00	Tomar litro y medio de agua hora y media antes de venir al estudio. No necesita estar en ayuno
Prostático (próstata, vejiga)	\$550.00	Tomar litro y medio de agua hora y media antes de venir al estudio. No necesita estar en ayuno
Prostático y renal	\$650.00	Tomar litro y medio de agua hora y media antes de venir al estudio. No necesita estar en ayuno
Abdomen total (incluye abdomen superior con - Pélvico o - Prostático	\$1100.00	Ayuno de 8 hrs
Obstétrico/embarazo Primeros dos meses . . . - Después de dos meses	\$550.00	Tomar litro y medio de agua hora y media antes de venir al estudio. No necesita estar en ayuno Ninguna preparación
Obstétrico: Morfológico/estructural	\$800.00	Ninguna preparación.
Obstétrico Doppler/ obstétrico con flujometría	\$900.00	Ninguna preparación.
Mamario	\$550.00	Ninguna preparación.
Testicular	\$550.00	Ninguna preparación.
Inguinal	\$550.00	Ninguna preparación.
Testicular e inguinal	\$650.00	
Tiroides/cuello	\$550.00	Ninguna preparación.
Pared abdominal	\$550.00	Ninguna preparación.
Partes blandas	\$550.00	Ninguna preparación.
Apendicular	\$550.00	Ninguna preparación.
Rodilla (una rodilla)	\$650.00	Ninguna preparación.
Hombro (un hombro)	\$650.00	Ninguna preparación.
Doppler renal	\$1100.00	Ayuno de 8 hrs
Doppler venoso una extremidad	\$1600.00	Ninguna preparación.
Doppler arterial una extremidad	\$1600.00	Ninguna preparación.
Doppler carotideo y vertebral	\$1600.00	Ninguna preparación.
Doppler portal	\$1000.00	Ayuno de 8 hrs
Pilórico	\$550.00	Ayuno de 2 a 3 hrs
Transfontanelar	\$550.00	Ninguna preparación.