

Esta **información es confidencial** y nos ayudara a darte un mejor servicio, **Favor de usar letra de molde o maquina**  
**AVISO DE PRIVACIDAD**, por lo dispuesto por la ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares, diagnostico mexicoamericano, subsidiarias y/o filiales; con domicilio en Vicente Riva palacio 675 sur colonia Jorge Almada en la ciudad de Culiacán Sinaloa en el teléfono 667-7123000 hace del conocimiento de usted, que sus datos personales, incluso los datos considerados como sensibles, así como los datos patrimoniales o financieros, que sean recabados o generados con motivo de la relación comercial que usted celebre con nosotros, o que; para tal efecto, se haya celebrado previamente, serán exclusivos del vínculo con dicha relación comercial incluyendo oferta de servicios a terceros; quedando expresamente convenido, que ningún personal de nuestra empresa está autorizado a solicitar información financiera personal, claves de identificación personal ( NIP ) u otra sensible a sus finanzas, para mayor información ponemos a su disposición el aviso de privacidad en: <http://www.dma.org.mx/aviso.html> si ha recibido esta comunicación por error: 1 ) queda estrictamente prohibido la revelación, retransmisión, difusión o el uso de la información contenida. 2 ) elimine y destruya todas las copias; y 3 ) favor de informar a : **dma@dma.org.mx** somos una institución con acreditación ante la Entidad Mexicana [www.ema.org.mx](http://www.ema.org.mx) mas informes en **667-7161010** su cooperación es agradecida.

### DATOS COMERCIALES DE SUS OFICINAS

Nombre Comercial \_\_\_\_\_  
 Domicilio administrativo \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ c.p. \_\_\_\_\_ Tels. \_\_\_\_\_  
 Entre calles \_\_\_\_\_  
 Horario: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ y de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ los días L \_\_ M \_\_ M \_\_ J \_\_ V \_\_ S \_\_ D \_\_ ( marque con X días laborables )  
 Días de revisión : \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_ Días de pago \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_  
 recibe : \_\_\_\_\_ Correo \_\_\_\_\_  
 revisa pagos: \_\_\_\_\_ Correo \_\_\_\_\_  
 paga desde la cuenta terminación ( últimos 4 dígitos < regla fiscal > ) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ del banco \_\_\_\_\_  
 Medico: \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_ correo \_\_\_\_\_  
 Gerente: \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_ correo \_\_\_\_\_  
 Página Web \_\_\_\_\_ # de empleados \_\_\_\_\_ ( micro ) ( pequeña ) ( med. ) ( gde. )  
 Portal para subir facturación \_\_\_\_\_  
 Nota informativa para soporte: **usuario** : \_\_\_\_\_ **password inicial**: \_\_\_\_\_  
 Giro \_\_\_\_\_ aplica : ( ) Mochis ( ) Hermosillo ( ) Culiacán  
 Servicios que requiere principalmente \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Check up ( ) NOM en agrícola o textil ( ) NOM radiología ( ) certificado ( ) NOM por riesgo en puesto ( ) Otro \_\_\_\_\_  
 Requiere Crédito ( ), cuanto tiempo para la emisión del pago: \_\_\_\_\_ días. Cuenta con credenciales para descuento de contado ( )  
 Permite anunciar programas de prevención ( ) correo ( ) directo mediante stand ( ) teléfono ( ) información en pizarrón ( )

### DATOS PARA FACTURAR

**Nombre a Facturar:** \_\_\_\_\_  
**Domicilio Fiscal:** \_\_\_\_\_ **RFC** \_\_\_\_\_  
**Colonia:** \_\_\_\_\_ **C.p.** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_  
**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Edo.** \_\_\_\_\_ **Email** \_\_\_\_\_  
 ¿? concepto CFDI en factura :  GO3 Gastos en General  Honorarios Médicos dentales y/o Gastos Hospitalarios  Por Definir

#### Exclusivo para uso de la institución DMA como check list

**Cuenta con :** Contrato interno de DMA  Contrato propio  Carta Intención  Antigüedad como cliente \_\_\_\_\_ años  
**Lista de precios autorizada #** \_\_\_\_\_ **vigencia** \_\_\_\_\_ **Días de crédito** \_\_\_\_\_ **Descuento en Contado** \_\_\_\_\_  
**formato para recepción de pacientes** **Tipo** \_\_\_\_\_ **INE Rep. Legal #** \_\_\_\_\_ **Comp. Domicilio** \_\_\_\_\_  
**Descuento a Empleados**  **Directorio medico**  **Cedula SAT**  **Acta Constitutiva**  **poder del Representante Legal**   
**cliente se le otorga crédito**  **y/o contado**  ; **Elaboro :** \_\_\_\_\_ **Autorizó Crédito :** \_\_\_\_\_

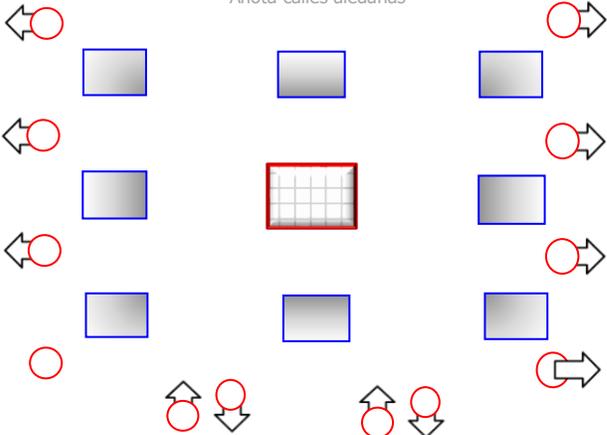
# REGISTRO DE FIRMAS AUTORIZADAS

se reconoce que las firmas aquí presentadas quedan autorizadas para solicitar, atender y dar trámite a estudios por las cuales la institución pagara los servicios requeridos conforme al tabulador de precios entregado y convenido, Serán responsables que los datos aquí contenidos sean verdaderos y que se encuentran autorizados para comprometerse

De preferencia Teléfono Móvil _____ Firma autorizada >      Nombre _____ correo _____	De preferencia Teléfono Móvil _____ Firma autorizada >      Nombre _____ correo _____
De preferencia Teléfono Móvil _____ Firma autorizada >      Nombre _____ correo _____	De preferencia Teléfono Móvil _____ Firma autorizada >      Nombre _____ correo _____
De preferencia Teléfono Móvil _____ Firma autorizada >      Nombre _____ correo _____	De preferencia Teléfono Móvil _____ Firma autorizada >      Nombre _____ correo _____

## GEOLOCALIZACIÓN

Anota calles aledañas



## OBSERVACIONES IMPORTANTES :

---

---

---

---

---

---

---

## CONVENIO de SERVICIOS en DIAGNOSTICO CLÍNICO por Imagen

EN SERVICIOS PROFESIONALES DE IMAGENOLOGÍA DIAGNOSTICA, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE CON RAZÓN FISCAL: Y DENOMINADA COMERCIALMENTE:

REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE Y A QUIEN EN LO SUCESIVO DENOMINAREMOS EL “ CLIENTE “ Y POR LA OTRA PARTE CON RAZÓN FISCAL CON DENOMINACIÓN COMERCIAL

REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL Y A QUIEN EN LO SUCESIVO DENOMINAREMOS “ LA EMPRESA “; QUE SE RECONOCEN MUTUAMENTE LA CAPACIDAD LEGAL PARA CONTRATAR Y OBLIGARSE, ACEPTANDO LA PERSONALIDAD CON QUE CONCURREN LOS REPRESENTANTES Y QUE CELEBRAN ESTE ACTO POR ASÍ CONVENIR A SUS MUTUOS INTERESES, EN FORMA VOLUNTARIA Y SIN QUE MEDIE NINGÚN VICIO DE LA VOLUNTAD, DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES:

### 1.- DEL “ CLIENTE “ QUE REQUIERE DE LOS SERVICIOS,-

- Que requiere contratar los servicios profesionales de diagnóstico clínico para el ejercicio de su profesión y oferta de servicios a terceros, para lo cual tiene y demuestra la capacidad jurídica para comprometerse y obligarse, expuesto lo anterior, sin dolo o mala intención
- Tiene facultades para firmar y obligarse en el presente contrato, las cuales no le han sido modificadas revocadas ni restringidas en forma alguna.
- Que ha sido registrada y legalmente constituida como una persona :
- El registro federal de contribuyentes de su representada es :
- Las actividades que realiza su representada se encuentra la prestación de servicios médicos a terceros y usuarios propios Su representada tiene sus instalaciones ubicadas en :
- Que se obliga al pago de los servicios ofertados por la empresa de acuerdo con sus solicitudes de requerimiento

### 1.- DE LA “ EMPRESA “ QUE PRESTA LOS SERVICIOS,-

- Que tiene la capacidad para la prestación de servicios en **Resonancia 1.5T, Tomografía 64 cortes, ultrasonido convencional, ultrasonido Doppler color, mastografía, densitometría dexa, radiología digital convencional, radiología con fluoroscopia digital, laboratorio clínico.**
- Que representada es una persona física con actividad empresarial legalmente constituida.
- Tiene facultades para firmar el presente contrato, las cuales no le han sido modificadas, revocadas ó restringidas en forma alguna. Registrada ante las leyes mexicanas con el RFC CASE 390920 V66
- Su representada tiene sus instalaciones ubicadas en Vicente riva palacio 675 sur col. Jorge Almada en Culiacán Sinaloa teléfono 667 123000

## CLAUSULAS

**PRIMERO.-** La empresa, cuenta con personal suficiente para proporcionar los servicios de Resonancia 1.5T, Tomografía 64 cortes, ultrasonido convencional, ultrasonido Doppler color, mastografía, densitometría dexa, radiología digital convencional, radiología con fluoroscopia digital, laboratorio clínico. En un horario de lunes a viernes de 7 am a 9 pm y sábados de 8 am a 8 pm y fuera de horario mediante servicio de urgencia con cargo adicional, ante ello se reconocen ambas partes que la fuerza laboral, comercial, instalaciones y recursos son propios e indistintos de cada institución.

**SEGUNDO.-** que LA EMPRESA realizara dichos estudios a los derechohabientes y/o clientes que la “ empresa “ requiera, por medio de software destinado a ello en formatos propios

**TERCERO.-** LA EMPRESA “ cobrara los servicios prestados a la “ empresa “, incluyendo IVA de acuerdo al anexo uno que contiene firma y sello de recibido por el CLIENTE

**CUARTO.-** una vez presentada a cobro la factura por LA EMPRESA al CLIENTE, esta tendrá 15 quince días como crédito para tramite de facturación, en caso de requerir mayor tiempo el cliente lo notificara.

**QUINTO .-** LA EMPRESA entregara los resultados en idioma español. tanto la “ empresa “ como el “ prestador “ de servicios se obligan a guardar en absoluta confidencialidad los datos asentados en cualquier documento relacionado al servicio solicitado, de no ser únicamente por personal autorizado por alguna de las partes ó bien algún requerimiento judicial, solicitado por la autoridad correspondiente y competente, para lo cual emiten como anexo dos su respectivo aviso de privacidad en términos de la ley en materia

**SEXTO.-** Ambas partes convienen en que la vigencia del contrato, iniciara apartir de la firma del convenio y tendrá una vigencia de dos años en el entendido que los precios podrán variar por cada ejercicio en caso de ser así la EMPRESA notificara al CLIENTE con tiempo suficiente para que este acepte o niegue la aceptación, mismo que sé podrá dar por cancelado al incumplimiento y/o rechazo de alguna de las partes con veinte días de antelación, debiendo liquidar en su totalidad cualquier adeudo. Las partes se obligan a notificarse por escrito cualquier cambio de domicilio como máximo 10 días después de que ello suceda.

**SÉPTIMO.** - En caso de que exista una variación en los precios, esta deberá de ser por escrito con quince días de anticipado y la aceptación del mismos, estos se facturaran a los datos enunciados en la denominada ficha empresarial que el CLIENTE otorga a la EMPRESA denominada anexo II.

**OCTAVO.** - En caso de que existan discrepancias o duda diagnóstica, EL CLIENTE designará al personal que tomará el primer nivel de atención y en caso de considerarlo necesario se establecerá un contacto verbal mediante el servicio de telefonía al teléfono 667-7123000 por el especialista que se encuentre en turno, dentro del horario de atención establecido; se asegurará que su personal de imagenología brinde un servicio competente, amable, diligente y de calidad a todos los pacientes que soliciten sus servicios conforme a este contrato de acuerdo a la normativa de certificación de la EMA y NOM.

**NOVENO.** - El cliente se obliga a entregar los formatos actualizados para la prestación de servicios a sus derechohabientes así como las firmas autorizadas para atención clínica y para pagos. así también; Ambas partes se obligan a mantenerse oportunamente informados de los acontecimientos relevantes que puedan afectar de manera importante la prestación de los Servicios objeto del presente contrato.

**DECIMO.** - Para la interpretación y cumplimiento del presente contrato, las partes se someten expresamente a la jurisdicción de los tribunales federales o estatales de su competencia, con asiento en la ciudad de Culiacán Sinaloa, por lo que ambas partes renuncian al fuero que pudiere corresponderles por razón de su domicilio presente o futuro y por cualquier otra causal. para lo cual se realiza de buena fe entre las partes no existiendo dolo o caución alguna para su firma.

**DECIMO PRIMERO.** - "EL CLIENTE" y "LA EMPRESA" manejarán toda la información personal, institucional, de archivo médico, personal, financieros o sensibles de carácter de que tengan conocimiento con motivo del presente contrato en forma estrictamente confidencial y cumplirán con lo establecido en las leyes y reglamentos aplicables vigentes, así mismo; las partes no podrán hacer uso del logotipo, nombre comercial o denominación social de la parte que sea propietaria de los mismos, salvo autorización que conste por escrito firmada por una persona facultada por la titular de tales derechos.

Se entenderá que toda diferencia deberá de ser conciliada primeramente entre las partes no existiendo dolo o mala intención; para todo lo relacionado con la elaboración, interpretación, ejecución y cumplimiento del presente contrato, las partes se someten expresa e irrevocablemente a la jurisdicción y competencia de las leyes, jueces y tribunales del estado de Sinaloa, renunciando expresamente a cualquier otra jurisdicción o competencia que por razón de sus domicilios presentes o futuros o por cualquier otra causa pudiera corresponderles.

El presente contrato se extiende por duplicado y las partes declaran conocer el contenido y alcance legal de todas y cada una de sus cláusulas.

Lo firman de conformidad en el estado de Sinaloa, el mes de \_\_\_\_\_ del 2019.

**LA EMPRESA**

**EL CLIENTE**

nombre :

nombre :

Diagnostico Mexico Americano  
/ Clinica Madero