

**CONVENIO DE COLABORACION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS QUE CELEBRAN POR UNA PARTE, EL SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN EL ESTADO, REPRESENTADO POR LA MAESTRA MADAY CAPILLA PIEDRAS, EN SU CARÁCTER DE DIRECTORA GENERAL A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA “OPD DIF ESTATAL” Y POR OTRA PARTE EL DR. VÍCTOR JULIÁN ESPINOSA MOLINA, EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO TLAXCALTECA DE ASISTENCIA ESPECIALIZADA A LA SALUD, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA “PRESTADOR DE SERVICIOS”; DE CONFORMIDAD CON LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLAUSULAS:**

#### **DECLARACIONES**

**“OPD DIF ESTATAL” declara que:**

**A.-** Conforme a lo dispuesto en el artículo 31 de la Ley de Asistencia Social para el Estado de Tlaxcala, el **SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**, es un Organismo Público Descentralizado de la Administración del Gobierno del Estado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, encargado de la ejecución de los programas y acciones de asistencia social del Gobierno del Estado.

**B.-** La **MTRA. MADAY CAPILLA PIEDRAS**, en su carácter de **Directora General** del **SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**, acredita su personalidad con el nombramiento expedido el **21 de febrero de 2017**, por el C. **GOBERNADOR DEL ESTADO, LIC. MARCO ANTONIO MENA RODRÍGUEZ**, teniendo por ende facultades para suscribir el presente contrato, mismas que no le han sido revocadas o suspendidas.

**C.-** Que para el cumplimiento de la gestión señalada requiere contar con los medios necesarios para tal efecto, por lo que ha decidido convenir con las instituciones Públicas y Privadas, que proporcionen un porcentaje de descuento en los servicios que presten.

D.- Su representante legal está facultada para celebrar el presente Convenio, conforme al artículo 12 fracción VIII del Reglamento Interior del mencionado Organismo.

E.- De acuerdo a lo que establece el artículo 13 fracción III de la Ley de Asistencia Social para el Estado de Tlaxcala, que los servicios básicos de asistencia social; es la promoción de desarrollo, el mejoramiento y la integración social y familiar de la población con carencias, mediante la participación activa, consciente y organizada en acciones que se lleven a cabo en su propio beneficio.

F.- Que su domicilio oficial lo tiene establecido en calle Morelos, número 4, Colonia Centro, Tlaxcala, Tlaxcala, C.P. 90000.

**“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”, declara que:**

A. Es un Organismo Desconcentrado de la Secretaria de Salud, el cual tiene por objeto proporcionar a la población servicios en materia de salud, lo anterior con fundamento en el Acuerdo que crea al Instituto Tlaxcalteca de Asistencia Especializada a la Salud, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado, con fecha diez de junio del año dos mil tres, en sus preceptos 1 y 2.

B. Que el **DR. VICTOR JULIAN ESPINOSA MOLINA, quien acredita su personalidad** mediante el nombramiento respectivo de fecha 15 de Enero 2015, y en su carácter de Director General del **INSTITUTO TLAXCALTECA DE ASISTENCIA ESPECIALIZADA A LA SALUD**, está facultado para suscribir el presente convenio, de conformidad con los preceptos 6 fracción III, fracción VI del Acuerdo que crea al Instituto Tlaxcalteca de Asistencia Especializada a la Salud, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado, con fecha diez de junio del año dos mil tres; y el precepto 20, fracción VII de la Ley de Entidades Paraestatales del Estado.

C. Que señala como domicilio el ubicado en Calle 20 de noviembre sin número, kilómetro 2.5 de la Carretera a San Damián Tlacotalpan, comunidad de San Matías Tepetomatitlan, Municipio de San Pablo

Apetatitlán, Tlaxcala, C.P. 90606, para todos los efectos legales del presente convenio.

**Las partes conjuntamente declaran:**

**A.-** Es su propósito suscribir el presente CONVENIO concurriendo en el domicilio ubicado en calle Morelos, Número cuatro, Colonia Centro de la Ciudad de Tlaxcala. Tlax.

Asegurando la adecuada coordinación de acciones en materia de Prestación de Servicios Profesionales que “el ITAES” otorgue a todas la PERSONAS CON DISCAPACIDAD para el mejor desarrollo del Programa de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad.

De lo antes manifestado, las partes acuerdan de conformidad bajo las siguientes:

**C L A U S U L A S**

**PRIMERA.-** El ITAES ofrece como prestación de servicios profesionales los Módulos de: ALTA TECNOLOGIA MICROBIOLÓGICA, DE IMAGENOLÓGICA, DE LA MUJER.

**SEGUNDA.- PAGO.-** Como contraprestación por los servicios que brinda el ITAES a que se refiere la cláusula anterior las PERSONAS CON DISCAPACIDAD pagaran al ITAES, teniendo como referencias las cuotas vigentes, quedando las Personas con Discapacidad en un **NIVEL 2.**

**TERCERA.-** OPD DIF ESTATAL expedirá a favor de las Personas con Discapacidad la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad.

**CUARTA.-** La Persona con Discapacidad que reciba la Prestación del Servicio deberá identificarse plenamente con la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad y de presentar la orden medica firmada por médico tratante.

**QUINTA.-** La persona con Discapacidad se compromete a cubrir al prestador de servicios la cuota que resulte del nivel 2 en el momento que solicite el servicio.

**SEXTA.-** Las partes convienen en señalar como causa de terminación del Convenio las siguientes:

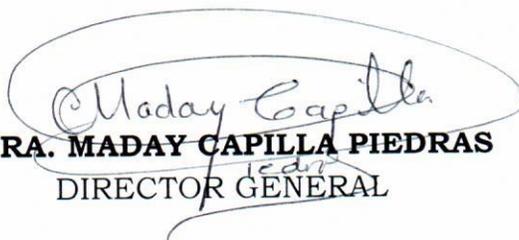
- a).- El incumplimiento de las cláusulas del presente convenio.
- b).- Condicionar el servicio sin causa justificada por parte del prestador de servicios.
- c).- La alteración de precios y porcentajes del descuento otorgado.
- d).- Por maltrato a los usuarios del servicio.
- e).- Por no contar con el personal calificado.
- f).- Por que así lo decidieron las partes en común acuerdo.

**SEPTIMA.-** La situaciones no previstas en el presente convenio, se informaran por escrito en el transcurso de vigencia del mismo.

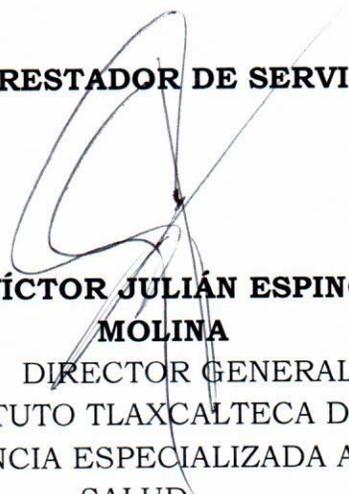
**OCTAVA.-** El presente convenio entrara en vigor a partir de su firma y su vigencia será hasta el 31 de diciembre del año dos mil veintiuno.

LEIDO QUE FUE EL PRESENTE CONVENIO EN VOZ ALTA Y ENTERADAS LAS PARTES DE SU CONTENIDO Y ALCANCE LEGAL LO FIRMAN POR DUPLICADO AL MARGEN CADA FOJA ÚTIL A LOS CUATRO DIAS DEL MES DE ENERO DE DOS MIL VEINTIUNO, EN LA CIUDAD DE TLAXCALA DE XICOHTENCATL.

**POR EL DIF ESTATAL**

  
**MTRA. MADAY CAPILLA PIEDRAS**  
DIRECTOR GENERAL

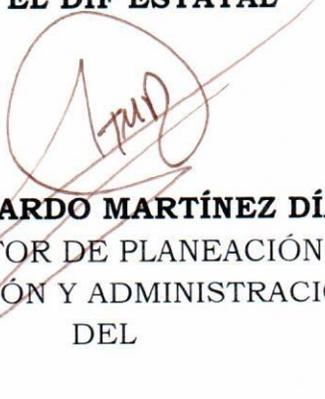
**POR EL PRESTADOR DE SERVICIOS**

  
**DR. VÍCTOR JULIÁN ESPINOSA**  
**MOLINA**  
DIRECTOR GENERAL  
INSTITUTO TLAXCALTECA DE  
ASISTENCIA ESPECIALIZADA A LA  
SALUD.



## TESTIGOS

### POR EL DIF ESTATAL

  
**C.P EVERARDO MARTÍNEZ DÍAZ**  
DIRECTOR DE PLANEACIÓN  
EVALUACIÓN Y ADMINISTRACIÓN  
DEL

### POR EL PRESTADOR DE SERVICIOS

  
**C.P. ABEL ALBERTO FERNÁNDEZ  
PALI**  
JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS  
DEL INSTITUTO TLAXCALTECA DE  
ASISTENCIA ESPECIALIZADA A LA  
SALUD.