

**Paso 1:** Llena con pluma y letra de molde la solicitud que se anexa a este folleto, así como la carta de aceptación del descuento por nómina. Es importante que llenes toda la información que se pide en la solicitud, en el contrato y en la carta de aceptación y que estén firmados. Recuerda que este descuento es independiente de los descuentos que ya tienes.

**Paso 2:** Entrega tu solicitud al promotor de DAS o envíala escaneada y firmada al correo electrónico [logistica@dass.com.mx](mailto:logistica@dass.com.mx), para la elaboración de las tarjetas.

**Paso 3:** DAS enviará tus tarjetas a la dependencia correspondiente o domicilio particular para su entrega (proporcionar dirección completa y teléfono del domicilio donde haya siempre alguien para recibirlas).

**Paso 4: (Sólo para membresía familiar)** Una vez que recibas el Kit con tu tarjeta, será tu responsabilidad dar de alta a tus Afiliados Adicionales, comunicándote al Centro de Atención Médica Telefónica "DAS Contigo" a los teléfonos que aparecen en la tarjeta de la membresía Red de Servicios Médicos DAS.

Solicitud de afiliación a la "Red de Servicios Médicos DAS"

Contratación a través de descuento por nómina  
Para ASOCIACIÓN AUTÓNOMA DE PERSONAL ACADÉMICO DE LA UNAM

- Favor de llenar todos los espacios con la información solicitada con pluma y letra de molde.
- Esta solicitud debe ser entregada al promotor de DAS o enviada firmada y escaneada al correo electrónico [logistica@dass.com.mx](mailto:logistica@dass.com.mx), para la elaboración de las tarjetas.

No. de Trabajador:	Dependencia de Adscripción:	R. F. C. con homoclave:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre del afiliado titular (Empleado contratante)

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono particular	Teléfono celular	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Calle y número ext-int.:	Colonia:	C.P.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Delegación o Municipio:	Estado:	Entre calles:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Referencia adicional:	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Cualquier duda, favor de comunicarse al teléfono 9149 0727 o al 01 800 022 2980

La salud de tu familia por menos de:  
**\$ 1.78 al día**

**CARTA DE ACEPTACIÓN DEL DESCUENTO POR NÓMINA**  
**- Para resguardo del área de Recursos Humanos -**

México, D.F., a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_  
Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Dependencia de Adscripción: \_\_\_\_\_

Número de Trabajador: \_\_\_\_\_

Me permito manifestarles mi interés en afiliarme a la Red de Servicios Médicos DAS, por lo que expresamente les autorizo descontar la cantidad pactada en el acuerdo firmado entre DAS Servicios en Salud S.A. de C.V. y Asociación Autónoma de Personal Académico de la UNAM del pago del salario que me corresponda, de acuerdo a mi esquema de pagos por la afiliación a Red de Servicios Médicos DAS.

Atentamente,  
**Nombre del Trabajador:** \_\_\_\_\_

La cantidad de referencia establecida en el contrato, deberá ser entregada por ustedes a DAS Servicios en Salud, S.A. de C.V., en pago de la afiliación respectiva. Cabe señalar que el descuento que ahora autorizo es independiente a lo que ustedes ya me aplican.

**Firma del Trabajador:** \_\_\_\_\_

**CONTRATO DE RED DE SERVICIOS MÉDICOS DAS**

**CONTRATO QUE CELEBRAN POR UNA PARTE, DAS SERVICIOS EN SALUD, S.A. DE C.V., REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR LA LIC. PAULA GARCÍA ZAMUDIO, A QUIEN SE DENOMINARÁ "DAS", Y POR LA OTRA, A QUIEN SE DENOMINARÁ "EL AFILIADO", AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:**

En la membresía familiar, "EL AFILIADO" podrá designar a 4 personas como "Afiliados Adicionales"; los cuales se darán de alta telefónicamente en el Centro de Atención Médica Telefónica "DAS CONTIGO", para que sin costo adicional alguno formen parte de la afiliación objeto de este contrato, conforme a lo establecido en el mismo.

"DAS" entregará a "EL AFILIADO", dentro de los 10 días naturales siguientes a la fecha de autorización de la solicitud de la membresía, la tarjeta del afiliado titular personalizada; y en caso de la familiar, las tarjetas adicionales y una Guía de Uso.

**DECLARACIONES**

- I. Declara el representante legal de "DAS":
- Que su representada es una sociedad constituida de conformidad con las Leyes de la República Mexicana, según consta en la Póliza No. 104480, de fecha 02 de Junio del 2008, otorgada ante la fe del Lic. David Figueroa Márquez, Corredor Público No. 57 del Distrito Federal, y que cuenta con las facultades suficientes para celebrar este contrato.
  - Que su representada se encuentra debidamente inscrita en el Registro Federal de Contribuyentes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, bajo la clave DSS 0800306 6D1.
  - Haber desarrollado un esquema de acceso a servicios relacionados con la salud, con el beneficio de costos preferenciales en el otorgamiento de servicios médicos mediante la pertenencia al esquema "RED DE SERVICIOS MÉDICOS DAS".
- II. Declara "EL AFILIADO":
- Ser una persona física, con capacidad suficiente para celebrar este contrato.
  - Estar interesado en afiliarse al esquema denominado "RED DE SERVICIOS MÉDICOS DAS", conforme a lo establecido en este contrato.

**SEGUNDA – VIGENCIA**

La vigencia de este contrato inicia a los 10 días naturales siguientes contados a partir de la fecha de firma del mismo y será por un año sin cancelación. Después de cumplido un año, de no recibir solicitud de cancelación se renovará automáticamente hasta que el titular lo notifique.

El incumplimiento de pago por parte de "EL AFILIADO" será entendido como notificación para dar por terminado el presente contrato.

**TERCERA – CONTRAPRESTACIÓN**

"EL AFILIADO" pagará a "DAS" por concepto de contraprestación por la membresía individual \$ 300.00 (Trescientos pesos 00/100 M.N.) anuales más IVA y \$ 650.00 (Seiscientos cincuenta pesos 00/100M.N.) anuales más IVA por la membresía familiar que incluye 1 titular y hasta 4 adicionales.

La cantidad mencionada incluye el Impuesto al Valor Agregado correspondiente, el cual será trasladado en forma expresa y por separado en términos de ley.

**CUARTA – PROCEDIMIENTO**

Los servicios médicos y de Ambulancia Terrestre a que se refiere la Cláusula Primera de este contrato serán prestados de conformidad con los procedimientos, términos y condiciones, establecidos en este contrato y los costos y descuentos preferenciales señalados en "EL DIRECTORIO", previa la presentación por parte del mismo de la tarjeta de afiliación expedida por "DAS" denominada "RED DE SERVICIOS MÉDICOS DAS", y de una identificación oficial vigente con fotografía.

"EL AFILIADO" pagará en forma adicional cada vez que utilice los servicios de referencia, las cantidades que para cada uno de los mismos se establecen en "EL DIRECTORIO". Estas cantidades serán pagadas por "EL AFILIADO", directamente a los médicos o a las instituciones en las que sean prestados los servicios de referencia.

**QUINTA – RESPONSABILIDAD**

"DAS" en este acto se constituye ante "EL AFILIADO" como responsable de que los costos preferenciales y descuentos en servicios médicos sean otorgados conforme a lo establecido en este contrato, y en "EL DIRECTORIO" publicado en la página de Internet www.dascontigo.com.mx o telefónicamente en el Centro de Atención Médica Telefónica "DAS CONTIGO". En caso de que sean modificados o no respetados los descuentos y costos preferenciales establecidos en "EL DIRECTORIO", "DAS" reembolsará a "EL AFILIADO" las cantidades que haya pagado en exceso, dentro de los 15 días hábiles siguientes, previa presentación que éste realice a "DAS" del comprobante en el que se avale el cobro excedente.

En caso de que "EL AFILIADO" no realice la reclamación respectiva después de 15 días naturales a que haya recibido la atención o los servicios médicos respectivos, "DAS" quedará libre de efectuar cualquier pago por tal concepto.

"DAS" en ningún caso y bajo ninguna circunstancia será responsable del estado de salud de "EL AFILIADO" o de sus Afiliados Adicionales.

Leído que fue el presente contrato, las partes lo suscriben por duplicado, en la Ciudad de México, D.F., el día \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_, manifestando que para su interpretación y cumplimiento se someten expresamente a la jurisdicción y competencia de las Leyes y los Tribunales de la Ciudad de México, D.F., señalando como sus respectivos domicilios los siguientes:

**"EL AFILIADO"**

**LIC. PAULA GARCÍA ZAMUDIO**  
**DAS SERVICIOS EN SALUD, S.A. DE C.V.**

Nombre y Firma: \_\_\_\_\_

Bldv. Adolfo Ruíz Cortines N° 4302-302, Ampl. Jardines del Pedregal  
Coyoacán, C.P. 04500, México D.F.