



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Órgano de Operación Administrativa  
Desconcentrada Sur del Distrito Federal  
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
Coordinación Auxiliar Operativa Administrativa



# SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA

## ANEXOS MEDICOS

### JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS



**ANEXO T 0 [T-CERO]  
IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**

Licitante: \_\_\_\_\_

Unidad de Hemodiálisis Subrogada	
Domicilio:	C.P.:
_____	_____
_____	Teléfono: _____
Municipio/Delegación:	Ext: _____
_____	Estado: _____
Horario de Atención:	
_____	

Nombre Médico Nefrólogo:	_____
Número de Cédula Profesional	_____

Unidad de Hemodiálisis Subrogada	Total m <sup>2</sup>	Se ubica dentro de un Hospital	
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)		Si	No
		Máquinas de Hemodiálisis	
b) Número de máquinas de Hemodiálisis	Total	Sero positivo	Sero negativo

Equipamiento	Marca (s):	Modelo (s):
Máquina de Hemodiálisis		
Sistema de tratamiento de agua		
Equipo de reprocesamiento automático de dializadores [en caso de usarlo]		

Cuenta con:	
Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General [Anexar documento]	No Certificado



**ANEXO T 0 (T-CERO)**  
**SERVICIOS**

Servicios al paciente		
El servicio incluye:	Si	No
Colocación de acceso vascular permanente y mantenerlo funcional		
Realización de estudios de laboratorio con la periodicidad solicitada		

Servicios de traslado	Si	No	Propio	Subrogado
Cuenta con servicio de traslado en ambulancia				

Otros Servicios	Si	No
El área de tratamiento es considerada como semi-restringida [zona gris]		
Cuenta con las áreas Infraestructura, Equipamiento y Suministro" del presente documento, en apego a la NOM-003-SSA3-2010, "Para la práctica de la hemodiálisis".		
Se cumple con resultados de análisis bacteriológicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010.		
Se cumple con resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010.		
Reproceso de Dializadores.		
Contar con un sistema de información que incluya datos clínicos y administrativos, como mínimos los establecidos en la ETIMSS 5640-023-004.		

Delegación	Unidad del IMSS		Distancia [km]	Requerimiento Anexo T1 Sesiones	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida si su horario de atención es de 3 turnos	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida si su horario de atención es de 5 turnos
	Tipo y Número	Localidad		Máximo	936 /año sesiones mínimo por máquina	1560/año Sesiones máximas por año
<b>Total:</b>						



**ANEXO T 0 (T-CERO)**

**NORMATIVIDAD**

Anexar copia legible de la documentación que se señala a continuación.

	SI	No	Número de Folio
Aviso de Funcionamiento			
Licencia Sanitaria			

Responsable Sanitario	Nombre	Número de Folio
De la Unidad de Hemodiálisis		

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y cargo del médico responsable de la Unidad de Hemodiálisis:

\_\_\_\_\_



**Instrucciones de llenado del Formato de Identificación de la Unidad de Hemodiálisis  
Subrogada, parte del Anexo T 0 (T-cero)**

**Instrucciones de llenado:**

1. Deberá anotar el nombre del licitante y el nombre de la unidad de Hemodiálisis Subrogada exactamente como aparece en el Acta Constitutiva del Establecimiento o en la Cédula del Registro Federal de Contribuyentes, El domicilio debe ser proporcionado de forma completa, incluyendo número exterior, código postal, [Lote y Manzana, en su caso], Colonia y entre calles, para una mejor ubicación del mismo.
2. Anotar el nombre completo del Médico Nefrólogo, Numero de Cedula Profesional.
3. Deberá anotar los metros cuadrados del área gris, el número de máquinas de hemodiálisis
4. Deberá anotar la(s) marca(s) y modelo(s) del equipamiento.
5. Marcar con una X si cuenta con "certificación / proceso de certificación por el consejo de salubridad General" o "No Certificado".
6. Marcar con una X si los servicios al paciente incluyen o no:
  - a. Colocación de acceso vascular permanente y mantenerlo funcional.
  - b. Realización de estudios de laboratorio con periodicidad solicitada.
7. Marcar con una X la respuesta [Si] [No] [Propio] [Subrogado] según cumpla la afirmación: "Cuenta con servicio de traslado en ambulancia"
8. Marcar con una X [Si] [No] para las afirmaciones siguientes:
  - a. El área de tratamiento deberá ser considerada área semi-restringida (área gris).
  - b. Cuenta con las áreas Infraestructura, Equipamiento y Suministro" del presente documento, en apego a la NOM-003-SSA3-2010, "Para la práctica de la hemodiálisis".
  - c. Se cumple con resultados de análisis bacteriológicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010
  - d. Se cumple con resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010
  - e. Reproceso de Dializadores
  - f. Contar con un sistema de información que incluya datos clínicos y administrativos, como mínimos los establecidos en la ETIMSS 5640-023-004.
9. Anotar los requerimientos del T1 en Sesiones (máximo) y hacer el cálculo para las máquinas requeridas por partida de Hemodiálisis de acuerdo a la siguiente formula:  $\text{máximo}/936 = \text{Número de máquinas}$ ; también anotar la unidad del IMSS (Delegación, Tipo y número, localidad y distancia en km) La Distancia corresponderá dentro de un radio de distancia en kilómetros de la Unidad Médica a la que pretenda prestarse el servicio.



10. Anotar en "aviso de funcionamiento" de la unidad de Hemodiálisis y la licencia Sanitaria, (Si) (No), y el Número de folio.
11. Anotar en "Responsable Sanitario" de la unidad de Hemodiálisis u otras el nombre y Número de folio.
12. Al Final Anotar la fecha, Nombre del Director de la unidad de Hemodiálisis



**ANEXO T 0 (T-CERO)**  
**IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**

Licitante: \_\_\_\_\_

1) Unidad de Hemodiálisis Subrogada \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

Municipio/Alcaldía \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Horario de Atención: \_\_\_\_\_

2) Nombre Médico Nefrólogo: \_\_\_\_\_

Número de Cédula Profesional \_\_\_\_\_

3) Unidad de Hemodiálisis Subrogada	Total m <sup>2</sup>	Se ubica dentro de un Hospital	
		Si	No
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)	Máquinas de Hemodiálisis		
b) Número de máquinas de Hemodiálisis	Total	Sero positivo	Sero negativo

4) Equipamiento	Marca (s):	Modelo (s):
Máquina de Hemodiálisis		
Sistema de tratamiento de agua		
Equipo de reprocesamiento automático de dializadores(en caso de usarlo)		

5) Cuenta con:

Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General (Anexar documento)	No Certificado





**ANEXO T 0 (T-CERO)  
SERVICIOS**

6

Servicios al paciente		
El servicio incluye:	Si	No
Colocación de acceso vascular permanente y mantenerlo funcional		
Realización de estudios de laboratorio con la periodicidad solicitada		

7

Servicios de traslado	Si	No	Propio	Subrogado
Cuenta con servicio de traslado en ambulancia				

8

Otros Servicios		Si	No
El área de tratamiento es considerada como semi-restringida (zona gris)			
Cuenta con las. Infraestructura, Equipamiento y Suministro" del presente documento, en apego a la NOM-003-SSA3-2010, "Para la práctica de la hemodiálisis".			
Se cumple con resultados de análisis bacteriológicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010.			
Se cumple con resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010.			
Reproceso de Dializadores.			
Contar con un sistema de información que incluya datos clínicos y administrativos, como mínimos los establecidos en la ETIMSS 5640-023-004.			

9

Delegación	Unidad del IMSS		Distancia (km)	Requerimiento Anexo T1 Sesiones	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida si su horario de atención es de 3 turnos	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida si su horario de atención es de 5 turnos
	Tipo y Número	Localidad			936 /año sesiones mínimo por máquina	1560/año Sesiones máximas por año





Total:						

**ANEXO T 0 (T-CERO)**

**NORMATIVIDAD**

Anexar copia legible de la documentación que se señala a continuación.

10

	Si	No	Número de Folio
Aviso de Funcionamiento			
Licencia Sanitaria			

11

Responsable Sanitario	Nombre	Número de Folio
De la Unidad de Hemodiálisis		

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Director de la Unidad de Hemodiálisis: \_\_\_\_\_

Firma del Director de la Unidad de Hemodiálisis: \_\_\_\_\_





**ANEXO T1 "REQUERIMIENTO DE SESIONES PARA PACIENTES EN HEMODIÁLISIS SUBROGADA"**

OOAD	Unidad Hospitalaria		Alcaldía	Servicio	Sesiones Mínimas 01 de enero al 30 de junio de 2025	Sesiones Máximas 01 de enero al 30 de junio de 2025
Del Sur D.F.	HGR	1	Benito Juárez	Hemodiálisis Subrogada	22,464	46,800
Del Sur D.F.	HGZMF	8	Álvaro Obregón	Hemodiálisis Subrogada	28,829	60,060
Del Sur D.F.	HGZ	2A	Iztacalco	Hemodiálisis Subrogada	18,533	38,610
Del Sur D.F.	HGZ	30	Iztacalco	Hemodiálisis Subrogada	13,104	27,300
Del Sur D.F.	HGZ	1A	Benito Juárez	Hemodiálisis Subrogada	19,968	41,600
Del Sur D.F.	HGZ	47	Iztapalapa	Hemodiálisis Subrogada	18,908	39,390
Del Sur D.F.	HGZ	32	Tlalpan	Hemodiálisis Subrogada	17,472	36,400



**ANEXO T2 (T-DOS) ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS**

A) Características de la máquina de hemodiálisis.

Deberán apegarse al Compendio Nacional de Insumos para la Salud clave 531.340.0169.

B) Unidad de reprocesamiento de dializadores (en caso de optar por reprocesamiento de dializadores) deberán apegarse al Compendio Nacional de Insumos para la Salud CLAVE:531.340.0227

C) Bienes de consumo para hemodiálisis de adulto y pediátrico

No	Descripción	Propuesta del proveedor
1	Filtro para hemodiálisis, o dializadores de membrana sintética y/o celulosa modificada de 0.4 m <sup>2</sup> hasta 2.0 m <sup>2</sup>	
2	Juego de líneas arterial y venosa, desechable, estéril, con conectores, con o sin protectores de transductor de presión, compatible con la máquina de hemodiálisis de la marca correspondiente, con diferentes volúmenes de cebado para adulto y pediátrico.	
3	Ácido en solución líquidos concentrados para hemodiálisis de acuerdo a marca y modelo de la máquina con variabilidad en concentración de Potasio de 0 o 2.0 y Calcio de 2.5 o 3.5 mEq/L.	
4	Bicarbonato de sodio en polvo o solución. Para uso no parenteral; para conductividad de acuerdo a la marca de la máquina; para ácido específico, presentación en paquete o bolsa que se adecue a la máquina propuesta.	
5	Cánula para punción de fístula arteriovenosa interna: consta de tubo de elastómero de silicón de 15 o 30 cm. de longitud, con obturador y adaptador luer lock, mariposa y aguja calibre 15 o 16 adulto y 16 o 17 g. pediátrico. y con orificio posterior al bisel; un lumen.	
6	Material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter o fístula, según corresponda, conteniendo al menos: Material estéril para conexión de catéter: 2 pares de guantes 2 jeringas desechables 8 gasas 1 campo de tela absorbente Material estéril para desconexión de catéter: 1 par de guantes 6 gasas 2 tapones de Luer Lock para catéter. 1 apósito especial para catéter Material estéril para conexión de fístula: 1 par de guantes 5 gasas 2 campos de tela absorbente	



No	Descripción	Propuesta del proveedor
	Material estéril para desconexión de fistula: 1 par de guantes 6 gasas 2 apósitos circulares	

**D) Accesos vasculares; catéteres temporales, permanente e injertos vasculares tubulares heterólogos**  
[De acuerdo al compendio nacional de insumos para la salud].

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
1	Descripción [se describen para presentación de oferta técnica]	
2	060.345.0149 Para hemodiálisis, pediátrico. Inserción en subclavia, yugular o femoral, doble lumen. Contiene: Una cánula, Una jeringa de 5 o 10 ml, Una guía de acero inoxidable. Un catéter doble lumen calibre de 8 a 10 fr, longitud 130 a 150 mm, con obturador, un dilatador y extensiones curvas. Tipo: mahurkar. Estéril y desechable	
3	060.345.2301 Para hemodiálisis. Adulto. De inserción en subclavia, yugular o femoral doble lumen, incluye: Una cánula, Una jeringa de 5 o 10 ml, Una guía de acero inoxidable. Un catéter doble lumen calibre de 11 a 12 fr, longitud de 185 a 205 mm con obturador y un dilatador con extensiones curvas. Tipo: mahurkar. Estéril y desechable	
4	060.166.0533 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño adulto, De doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetros internos de 1.80 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 2.0 mm a 3.20 mm en el lado venoso, con longitud de 31.5 a 37.0 cm, con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene: Catéter de doble lumen. Aguja introductora calibre 18 g. Introductor con camisa desprendible. Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 o 10 ml y 2 tapones de inyección. Estéril y desechable Pieza	
5	060.166.0541 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño pediátrico, de doble lumen, de elastómero de silicón, con	



No.	Descripción	Propuesta del proveedor
	diámetro interno de 1.5 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 1.5 mm a 1.2 mm en el lado venoso, con longitud de 27.0 cm a 30.0 cm con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene: Catéter de doble lumen. Aguja introductora calibre 18 g. Introductor con camisa desprendible. Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 o 10 ml y 2 tapones de inyección. Estéril y desechable.	
6	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfé, estéril y desechable. Longitud 40 A 60 cm., x 5, mm., de diámetro.	
7	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfé estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 6 mm., de diámetro.	
8	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfé, estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 8 mm., de diámetro.	

E] Descripción técnica del sillón clínico

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
1	Reclinables que logren un decúbito dorsal adecuado para procedimientos médicos durante la sesión.	
2	Seguros para el paciente y personal de enfermería	
3	Vida media promedio de uso de un año	
4	De fácil limpieza	
5	Ergonómicamente diseñado que permita el trendelemburg por cada máquina	
6	Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados.	



**ANEXO T3 CÉDULA DE VERIFICACIÓN DE LAS INSTALACIONES EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADAS**

Instrucciones: Marque con una "X" el criterio que corresponda.

P= Ponderación: Requisito [I] Indispensable; [O] Opcional

SC= Si cumple; NC= No cumple; NA= No aplica

Se considera solvente cuando acredita el 100% de los Requisitos indispensables.

Anexar evidencia fotográfica de los numerales que son Indispensables y que No se cumplan [deberá de anexarse en hojas impresas y en archivo digital en USB].

Licitante:		
------------	--	--

Domicilio:
Horario de atención
Nombre del Médico responsable de la unidad de hemodiálisis

Cuenta con:
-------------

Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General	No certificado
---	----------------

Unidad de Hemodiálisis	Total m <sup>2</sup>	Se ubica dentro de un Hospital	
------------------------	----------------------	--------------------------------	--

a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris.	Total de Máquinas	Si	No
		Sero positivo	Sero negativo
b) Número de máquinas de Hemodiálisis			
Metros cuadrados por máquina de hemodiálisis (a/b)			
Marca (s)			
Modelo (s)			

Delegación	Unidad del IMSS	Distancia (km)	Requerimiento Anexo T1 Sesiones	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida



	Tipo y Número	Localidad		Máximo	936 sesiones año por máquina*	1560 sesiones año por maquina*

Nota: Datos con base en el número de turnos de la Unidad de Hemodiálisis

No.	Especificación o criterio para verificar	P	SC	NC	NA
1	<b>Instalaciones físicas</b>				
1.1	Área de recepción (ubicada a la entrada de la unidad con fácil acceso)				
1.2	Sala de espera				
1.3	Sanitarios				
1.4	Almacén				
1.5	Cuarto Séptico con material para recoger excretas				
1.6	Consultorio médico				
1.7	En vestíbulo, recepción y sala de espera hay adecuada ventilación, limpieza, señalamientos y áreas suficientes para que pacientes y familiares permanezcan sentados y cómodos.				
1.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cumple con las disposiciones de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002 establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica. Protección ambiental-Salud ambiental. Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.</li> <li>Cuentan con recipientes rojos rígidos herméticos para residuos peligrosos punzo cortantes, en su caso con bolsas de color rojo y/o amarillo translúcido.</li> <li>Que los botes para basura municipal cuenten con bolsas y no se entren en ellos residuos peligrosos biológicos infecciosos.</li> </ul>				
1.9	Rampas de acceso a la unidad para pacientes con capacidades diferentes, las cuales cuentan con pasamanos.				
1.10	Los pasillos y áreas comunes cuentan con los señalamientos necesarios para la adecuada circulación				
1.11	Existe una adecuada distribución y separación de los lugares para efectuar la hemodiálisis y facilitar la vigilancia de la central de enfermería.				
1.12	El establecimiento de atención médica cuenta con la Carta de Derechos Generales de los Pacientes y está ubicada en lugares visibles al público.				
2	<b>Área de tratamiento dialítico por cada estación-paciente (Unidad)</b>				
2.1	Riñón artificial.				
2.2	El área mínima para una máquina y sillón clínico será de 3.0 m2 por estación.				
2.3	Existe un área independiente para pacientes que requieren técnica de aislamiento.				
2.4	Cuenta con central (es) de enfermería con visibilidad de los pacientes.				
2.5	Tomas o tanque portátil de oxígeno con los accesorios para su utilización				



No.	Especificación o criterio para verificar	P	SC	NC	NA
	[cánula para aspiración].				
2.6	Toma de aire o aspirador portátil con los accesorios para su utilización [cánula para aspiración].				
2.7	Cuenta con material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter y fistula.				
2.8	Sillón clínico para hemodiálisis.				

3 Área de lavado y Esterilización					
No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
3.1	Área de lavado y desinfección de material de curación				
3.2	Sala de espera				
4 Área de tratamiento de agua para hemodiálisis					
4.1	Cisterna con capacidad suficiente para el tamaño del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.				
4.2	Bombas de impulsión.				
4.3	Filtros de sedimentación				
4.4	Filtros de ablandadores				
4.5	Filtros de carbón activado				
4.6	Ósmosis inversa				
4.7	Filtros de polisulfona o de poliamida después de la ósmosis				
No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
4.8	Tanque de almacenamiento con características especiales para el establecimiento de atención médica de hemodiálisis.				
4.9	Red de distribución con llaves para la toma de muestras.				
5 Servicios Auxiliares					
5.1	Planta eléctrica de emergencia con capacidad para el abastecimiento de la unidad.				
5.2	Cuenta con ambulancia para traslado de pacientes propia y/o contrato vigente, debiendo contar con las características mínimas al menos como se indican en el numeral 4.14 Ambulancia de urgencias básicas.				
5.3	Contrato de prestación de servicio de laboratorio vigente.				
6 Manuales y Registros					
6.1	Resultados anuales del análisis químico de la calidad del agua.				
6.2	Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua.				
6.3	Manual de procedimientos técnicos del servicio de hemodiálisis.				
6.4	Manual de procedimientos técnicos de enfermería.				
6.5	Manual de operación de la máquina de hemodiálisis [en español].				
6.6	Manual de operación de la planta de tratamiento de agua. [En español].				
6.7	Archivo clínico.				
6.8	En el expediente se archivan las cartas de consentimiento informado.				
6.9	El expediente se resguarda durante mínimo 5 años.				
7 Mantenimiento preventivo y correctivo					
7.1	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de las máquinas de hemodiálisis.				
7.2	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta de tratamiento de agua.				



7.3	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de equipo médico.				
7.4	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta eléctrica de emergencia.				
7.5	El personal encargado del mantenimiento cuenta con capacitación específica.				
7.6	Existe un servicio de Ingeniería Biomédica propio o subrogado, responsable del mantenimiento del equipo.				
7.7	Existe un plan por escrito para el mantenimiento preventivo				

<b>8</b>	<b>Equipamiento de la Unidad de Hemodiálisis</b>				
8.1	Carro rojo con monitor y desfibrilador				
8.2	Electrocardiógrafo				
8.3	Báscula				
8.4	Silla de ruedas				
8.5	Carro de las curaciones				
8.6	Camilla con barandales				
<b>9</b>	<b>Área de consulta médica/Sala de procedimientos para las unidades que no se encuentran dentro de un hospital</b>				
9.1	Mesa de exploración				
9.2	Báscula				
9.3	Esfigmomanómetro				
9.4	Estetoscopio				
9.5	Negatoscopio				
9.6	Carro de curaciones				
9.7	Tripiés rodables				
9.8	Bancos				
9.9	Bancos de altura				
9.10	Estuche de diagnóstico				
<b>10.</b>	<b>Recursos Humanos</b>				
10.1	Certificado de especialización y cédula profesional del personal médico nefrólogo.				
10.2	Copia títulos o certificados del personal de enfermería.				
10.3	Constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses.				
10.4	Existe un rol de turnos de los médicos y un registro de su cumplimiento.				
10.5	Se cumple con las cantidades planeadas por el establecimiento del personal de enfermería.				
<b>11</b>	<b>Insumos</b>				
11.1	Se tiene un inventario definido para cubrir las necesidades de insumos del establecimiento				
11.2	Se cumple con el inventario mínimo establecido				
	<b>Especificación o criterio a verificar</b>				
11.3	Se tiene un botiquín para los casos de urgencias y las necesidades más comunes.				
<b>12</b>	<b>Comités</b>				



12.1	Se cuenta con un Comité y registro de infecciones dentro del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.				
POR EL INSTITUTO		POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA			
JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS VERIFICADOR POR EL INSTITUTO		PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS			
NOMBRE Y FIRMA		NOMBRE Y FIRMA			

Guía para la requisición del Anexo T3 (T-tres)



Guía de llenado  
 Anexo T3.doc



**Anexo T4 [T-cuatro] Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada**

Instrucciones: Marque con una "X" el criterio que corresponda.

Esta cédula debe ser llenada con los datos generados los últimos 6 meses.

Proveedor:	Nombre Unidad de Hemodiálisis Subrogada:	Fecha de la visita:
Localidad (Alcaldía)	Unidades Médicas IMSS:	
Domicilio:		
Certificación del Consejo de Salubridad General SI [ ] NO [ ] Trámite [ ]		
Nombre del médico responsable de la unidad de hemodiálisis:		
No. de equipos de hemodiálisis:		
Marcas(s):		Modelo(s):
Número total de pacientes IMSS atendidos:		

No.	Criterio a verificar	Si cumple	No cumple	Instrucciones para el supervisor	Observaciones
1	Registro nominal de pacientes en hemodiálisis subrogados con: acceso vascular temporal o acceso vascular definitivo.			Documento que observa el registro de pacientes subrogados, pacientes con acceso vascular temporal y acceso vascular definitivo.	
2	Periodicidad de las sesiones de hemodiálisis.			Verificar evidencias documentales del número de sesiones realizadas por paciente, prescritas por el médico IMSS.	
3	Duración de las sesiones de hemodiálisis.			Verificar evidencias documentales del tiempo de duración de las sesiones realizadas por paciente, prescritas por el médico IMSS.	
4	Resultado anual del análisis químico de la calidad del agua			Validar el resultado de la prueba química de la calidad del agua.	
5	Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua, de la planta de tratamiento y máquinas de hemodiálisis.			Validar el resultado de las pruebas bacteriológicas de la calidad del agua.	
6	Sanitización del sistema de agua tratada.			Documento que exhibe el registro de sanitizaciones realizadas al sistema de tratamiento de agua	



No.	Criterio a verificar	Si cumple	No cumple	Instrucciones para el supervisor	Observaciones
				para hemodiálisis y debe contener la fecha, nombre y firma de quien lo efectuó.	
7	Copia de certificado de especialización, cédula profesional del médico nefrólogo responsable de la unidad			Verificar copia de certificado de especialización y cédula profesional del médico nefrólogo responsable de la unidad del médico nefrólogo.	
8	Copia de títulos o certificados que comprueben estudios de enfermería.			Verificar copia de títulos o certificados que comprueben estudios de enfermería.	
9	Existe por lo menos un médico por turno.			Verificar documento de rol de médicos.	
10	Constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses del personal de enfermería.			Documento que demuestre la constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses.	
11	Registro de tratamientos suspendidos y sus causas.			Validar registro de tratamientos suspendidos y sus causas.	
12	Registro de pacientes según tipo de serología positiva			Validar registro de pacientes según tipo de serología positiva	
13	Registro de pacientes con seroconversión			Validar registro de pacientes con seroconversión	
14	Cumplimiento de lavado de manos por parte del personal de enfermería.			Documento que demuestre capacitación en el lavado de manos	
15	Al ingreso al tratamiento de hemodiálisis, los pacientes deberán ingresar con Indumentaria limpia, sin objetos que ocasionen contaminación durante la sesión de hemodiálisis			Verificar al ingreso de los pacientes al área gris del tratamiento de hemodiálisis no traigan objetos que pudieran contaminar durante el proceso del tratamiento.	



No.	Criterio a verificar	Si cumple	No cumple	Instrucciones para el supervisor	Observaciones

Del registro nominal de pacientes en hemodiálisis subrogada, especificar:	No. De pacientes
16. No. total, de pacientes atendidos de la Unidad Médica del IMSS en la Unidad de Hemodiálisis Subrogada, al momento de la visita**	
17. Número de pacientes portadores de Fístula Arterio Venosa Interna Funcional (FAVI) [funcional será aquella FAVI que se esté utilizando en forma continua por un mes sin problemas en la conexión]	
18. Número de pacientes portadores de catéter tunelado Funcional [funcional será aquel catéter tunelado que se esté utilizando en forma continua por un mes sin problemas en la conexión]	
19. Número de pacientes portadores de catéter temporal no tunelado.	
20. Número de pacientes portadores de catéter temporal no tunelado con más de 3 meses de atención en la unidad de hemodiálisis subrogada del contrato vigente.	

POR EL INSTITUTO	POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA
NOMBRE Y FIRMA JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS / DIRECTOR DE UMAE	NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
VERIFICADOR POR EL INSTITUTO	PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA



**ANEXO T6 (T-SEIS) CALENDARIO PARA ENTREGA MENSUAL DE CATÉTERES**

DELEGACIÓN: \_\_\_\_\_

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_

PROVEEDOR:		UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA:	
		NÚMERO DE CONTRATO:	
AÑO:	CATÉTER PERMANENTE	CATÉTER TEMPORAL	TOTAL
MES	CANTIDAD	CANTIDAD	
ENERO			
FEBRERO			
MARZO			
ABRIL			
MAYO			
JUNIO			
JULIO			
AGOSTO			
SEPTIEMBRE			
OCTUBRE			
NOVIEMBRE			
DICIEMBRE			

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

-----  
 NOMBRE Y FIRMA  
 ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

-----  
 NOMBRE Y FIRMA  
 REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR





**ANEXO T7 [T-SIETE] TABLA CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL HEMODIÁLISIS  
 SUBROGADO**

PROVEEDOR	OOAD	OOAD	TIPO	No.	CLAVE PRESUPUESTAL	No. CONTRATO	IMPORTE MENSUAL EJERCIDO	REALIZADO	MODALIDAD	MES	AÑO
[Nombre del Proveedor]	[Número de la OOAD]	[Nombre de la OOAD]	[Tipo de la Unidad Médica. Referencia Catálogo de Procedimientos]	[Número de la Unidad Médica]	[Clave presupuestal de la Unidad Médica o UMAE]	[Número de Contrato]	[Importe Mensual de las Sesiones realizadas]	[Número de Sesiones Realizadas]	[Hemodiálisis Subrogada]	[Del 26 al 25 de cada mes]	[Año]
<i>Ejemplo: Razón Social</i>	<i>Ejemplo: 05</i>	<i>Ejemplo: Coahuila</i>	<i>Ejemplo: HGZMF</i>	<i>Ejemplo: 16</i>	<i>Ejemplo: 050901022151</i>	<i>Ejemplo: No. Contrato</i>	<i>Ejemplo: NNNN.dd</i>	<i>Ejemplo: NNNNN</i>	<i>Ejemplo: HS</i>	<i>Ejem: 11</i>	<i>Ejem: 2020</i>



**ANEXO T8 (T-OCHO) DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS**

No	DELEGACIÓN	TIPO	No	LOCALIDAD	DOMICILIO	DIRECTOR	TELÉFONO
1	Del Sur D.F.	HGR	1	Benito Juárez	Gabriel Mancera No. 222 entre Romero de Terreros y Nicolás San J Col. Del Valle C.P. 03100, México D.F.	Dr. Arturo Hernández Paniagua	55 11 02 64 70
2	Del Sur D.F.	HGZ MF	8	Álvaro Obregón	Río Magdalena entre Altamirano e Hidalgo No. 289 Col. Tizapán San Angel C.P. 01090, México, D.F.	Dr. Guillermo Bravo Mateos	55 55 50 64 22
3	Del Sur D.F.	HGZ	2A	Iztacalco	Añil No. 144 Francisco del Paso y Troncoso Col. Granjas México C.P. 08400, Iztacalco, D.F.	Dr. Jose Omar Javier Chacon Romero	-
4	Del Sur D.F.	HGZ	30	Iztacalco	Plutarco Elías Calles No. 473 Emilio Carranza Col. Santa Anita C.P. 08300, Iztacalco, D.F.	Dr. Carlos Eduardo Montes Nieto	55 56 50 20 55
5	Del Sur D.F.	HGZ	47	Iztapalapa	Campaña del Ébano y Combate de Celaya Col. Vicente Guerrero C.P. 09200, Iztapalapa, D.F.	Dr. Daniel Alejandro Hernández Hernández	-
6	Del Sur D.F.	HGZ	1-A	Benito Juárez	Municipio Libre 270, Col. Portales C.P. 03300	Dra. Norma Regina Magaña Padilla	55 56 05 10 87
7	Del Sur D.F.	HGZ	32	Coyoacán	Calz. Del Hueso S/N Esq. Entre Calz. De Las Bombas Y Prol. División Del Norte, Col. Floresta C.P. 14310	Dra. Leticia del Carmen Cruz Hernández	55 56 77 87 38





**Instructivo de llenado Solicitud de Subrogación de Servicios [4-30-2/03]**

No.	DATO	ANOTAR
1	Delegación y UMAE	El nombre de la Delegación o UMAE de las cuales depende la unidad médica.
2	Folio	El número consecutivo que corresponda, estructurados de seis dígitos; de izquierda a derecha, los cuatro primeros serán continuos utilizando ceros a la izquierda para no dejar espacios en blanco, los dos siguientes serán los dos últimos dígitos de la terminación del año respectivo. Su corte será por año natural.
NOTA: Deberá procurarse sea pre impreso. El dato servirá a la Dirección de la Unidad para el control diario de las solicitudes que se expidan y su correlación con la estadística mensual que se genere con base en los servicios médicos subrogados pagados.		
3	Fecha	Con números arábigos el día, mes y año en que se solicita el servicio. Si el dato es de un dígito, anteponer un 0. Para referir el año, invariablemente se utilizarán cuatro dígitos. (Ejem. 08-02-2002).
4	Unidad Médica	La clave presupuestal, el tipo, número y su localidad. (Ejem. UMF 4, San Mateo del Mar, Oax.).
5	Paciente	Los datos que identifican a la o el paciente como son: apellido paterno, materno y el o los nombres, sexo y número de seguridad social con su agregado y su CURP.
6	Servicio que deriva	El nombre del departamento donde se genera la solicitud del Servicio/ Departamentos (consulta externa de medicina familiar o especialidad, urgencias, cirugía, medicina interna, pediatría o ginecología y obstetricia y en su caso, la sub especialidad).
7	Tipo de servicio	Con una X ordinario o urgente, de acuerdo a la oportunidad con la que determine la o el médico tratante debe recibir el servicio la o el paciente.
8	Motivo de subrogación	CS: carencia del servicio, FP: falta de personal, FE: falta de equipo o equipo descompuesto, FI: falta de insumos.
9	Ramo de seguro que se afecta	Con una X el recuadro que corresponda, apoyándose de los medios propicios para su adecuada identificación, inclusive con interrogatorio a la o el paciente o su acompañante.(RT: riesgo de trabajo; EG: enfermedad general MAT maternidad; IV: invalidez y vida; PEN: pensionado; SpFAM: seguro de salud para la familia).
10	Tipo de subrogación	Con una X el recuadro que corresponda según sea el caso, única si el servicio subrogado se otorga por única ocasión, múltiple cuando el servicio se otorga por más de una ocasión o Hemodiálisis Subrogada cuando la o el paciente es enviado a este programa.
11	Vigencia de derechos	La certificación que hace el área de control de prestaciones antes del visto bueno de la o el Jefe de Servicio o Jefe de Departamento Clínico.
12	Diagnóstico y Resumen clínico	El nombre de los procedimientos o los diagnósticos de certeza o presuncional, y todos aquellos signos o síntomas que sustenten la solicitud del servicio, los cuales serán evaluados y sancionados en su oportunidad por la o el Jefe de Departamento Clínico y/o la o el Director o encargado de la unidad médica.
13	Grupo a subrogar	Con una X en el grupo a subrogar que corresponda el estudio a practicar ejemplo: Tomografía pertenece a Auxiliares de Diagnostico Gabinete.
14	Servicio [s] a subrogar	La cantidad y el tipo de servicio que se requiere practicar a la o el paciente para su atención.
15	Proveedo	El nombre completo o razón social del prestador de los servicios subrogados, RFC, domicilio, teléfono.



No.	DATO	ANOTAR
	r	número de contrato y vigencia, con base al registro de proveedores que elabore cada unidad médica.
16	Elaboró	Nombre, matrícula y firma de la o el responsable de su elaboración.
17	Vo. Bo.	Jefe de Servicio Nombre, matrícula y firma.
18	Aut. del Director de la Unidad	Nombre, matrícula y firma de la o el Director de la unidad médica o de quien él designe.
19	Constancia de que el servicio se recibió	Datos generales de la o el paciente, familiar o responsable que firmará después de recibir el SS.





**ANEXO T9 BIS (T-NUEVE BIS)**  
**CARACTERÍSTICAS DE OPERACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**

Observación	Propuesta de mejora
Acceso vascular permanente	La implantación del acceso vascular definitivo será responsabilidad del licitante adjudicado, mismo que deberá garantizar un acceso vascular funcional. Las complicaciones de tipo infeccioso y el agotamiento de accesos vasculares serán tratadas en medio hospitalario, procurando no suspender las sesiones de hemodiálisis.
Paciente grave o inestable	La referencia de pacientes bajo condiciones de gravedad o inestabilidad hemodinámica o respiratoria deberá evitarse y ser tratados en medio hospitalario hasta su mejoría y garantizar su seguridad en el traslado a la unidad de hemodiálisis subrogada. Para la mejor recepción del paciente es indispensable la comunicación entre la autoridad médica del IMSS con el responsable médico de la unidad subrogada.
Pacientes puérperas o embarazadas	Las mujeres puérperas o embarazadas estables termodinámicamente deberán ser incluidas para recibir el tratamiento de hemodiálisis subrogada ajustada a sus necesidades individuales.
Prescripción de la sesión de hemodiálisis	La prescripción de la hemodiálisis será por parte del médico Nefrólogo de la unidad de referencia del Instituto, de manera individualizada en cada paciente, en apego a la NOM para la práctica de la Hemodiálisis; y deberá garantizar un Kt/v de 1.2 a 1.4.
Formato de referencia	Todo paciente referido a tratamiento de hemodiálisis subrogada deberá contar con formato Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03), el cual deberá contar con sello de vigencia de derechos y especificar la temporalidad del tratamiento, para fines de este tratamiento se entenderá por TEMPORAL al paciente que es referido para ser tratada por un tiempo máximo de 12 semanas; y DEFINITIVO al paciente que es referido para recibir tratamiento de manera permanente, en cuyo caso el formato ampara desde la fecha de envío hasta el último del del año; y el formato deberá ser actualizado cada año.
Ministración de medicamentos	
Prestación del servicio de hemodiálisis por médicos de apoyo	La unidad de hemodiálisis subrogada deberá garantizar la seguridad del paciente durante su tratamiento, el Médico Nefrólogo es responsable de la prescripción del tratamiento y atención de las complicaciones derivadas, durante y posterior a la sesión.
Sobre los pacientes Seropositivos	El contar con panel viral positivo no excluye al paciente del tratamiento, la unidad de hemodiálisis deberá garantizar máquinas exclusivas para pacientes portadores de virus de hepatitis B, C o VIH y garantizar las medidas de seguridad necesarias.



**ANEXO T10 (T-DIEZ)**  
**RELACIÓN DE ASISTENCIA DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS SUBROGADA**

<b>Nombre o Razón Social del Proveedor</b>		<b>Domicilio y Teléfono de la Unidad Subrogada</b>		
Unidad Médica del IMSS que envía al Paciente:		OOAD:		
Nombre del Paciente:				
Identificación del Paciente por parte del Proveedor [solo si se tiene algún número o código de identificación]:				
No. de Seguridad Social con Agregado del IMSS:				
Días de Sesión de Hemodiálisis: [Marcar con una "X"]		L M M J V S D		No. de Máquina de Hemodiálisis:
<b>Procedimientos de Hemodiálisis Recibidos</b>				
No.	Fecha	Nombre Completo del Paciente	Firma	Nombre y Firma del Familiar [Sólo en caso de que el paciente no pueda firmar]
1				
2				
3				
4				



**ANEXO T10 (T-DIEZ) RELACIÓN DE ASISTENCIA DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS  
SUBROGADA**

<b>Nombre o Razón Social del Proveedor</b>		<b>Domicilio y Teléfono de la Unidad Subrogada</b>		
1		2		
<b>Unidad Médica del IMSS que envía al Paciente:</b>		<b>OOAD/UMAE:</b>		
3		4		
<b>Nombre del Paciente:</b>				
5				
<b>Identificación del Paciente por parte del Proveedor (solo si se tiene algún número o código de identificación):</b>				
6				
<b>No. de Seguridad Social con Agregado del IMSS:</b>				
7				
<b>Días de Sesión de Hemodiálisis:</b> (Marcar con una "X")		L M M J V S D		<b>No. de Máquina de Hemodiálisis:</b>
8				9
<b>Procedimientos de Hemodiálisis Recibidos</b>				
No.	Fecha	Nombre Completo del Paciente	Firma	Nombre y Firma del Familiar (Sólo en caso de que el paciente no pueda firmar)
1	10	11	12	13
2				
3				



**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO T 10 RELACIÓN DE ASISTENCIA DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS SUBROGADA**

1	Razón Social del Proveedor
2	Domicilio y Teléfono de la Unidad Subrogada
3	Unidad Médica del IMSS que refiere al paciente a Hemodiálisis Subrogada
4	OOAD/UMAE que pertenece la Unidad Médica del IMSS que refiere al paciente a Hemodiálisis Subrogada
5	Nombre completo del derechohabiente
6	Código identificador del paciente por parte del Proveedor (En caso de tener)
7	Número de Seguridad Social con Agregado del paciente
8	Días de la semana que el paciente recibe la sesión de Hemodiálisis
9	Numero de máquina asignada en la Unidad de Hemodiálisis para su tratamiento
10	Fecha en que recibe el paciente la sesión de Hemodiálisis
11	Nombre completo del derechohabiente
12	Firma del derechohabiente que recibe la sesión de Hemodiálisis
13	Firma del familiar del derechohabiente que recibió su tratamiento, en caso de que el paciente no pueda firmar



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**ANEXO TI.1 (TI UNO) SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7**  
**EN HOJA MEMBRETADA DE LA EMPRESA**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 CONVOCANTE  
 [NOMBRE],

EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA [NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL LICITANTE O DISTRIBUIDOR],  
 MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

POR MEDIO DEL PRESENTE ME PONGO EN CONTACTO CON EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE AL  
 SERVICIO MÉDICO DE \_\_\_\_\_ EN EL IMSS, CONCERNIENTE AL PROCEDIMIENTO DE  
 CONTRATACIÓN CON NÚMERO \_\_\_\_\_, RELACIONADO CON LAS PARTIDAS  
 \_\_\_\_\_, A EFECTO DE SOLICITAR LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE  
 INFORMACIÓN A TRAVÉS DE MENSAJES HL7 DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN OFERTADO CONFORME A LOS TÉRMINOS,  
 CONDICIONES Y PLAZOS ESTABLECIDOS EN EL MISMO, POR LA CONVOCANTE.

LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL LICITANTE

NOTA:

\*El licitante adjudicado deberá presentarse a la evaluación en oficina con lo siguiente:

- Dos equipos de cómputo [Laptop o PC completa] previamente configurados y preparados con la versión del sistema de información a evaluar [ambiente de pruebas]. Un equipo de cómputo para la evaluación de funcionalidad y otro para la evaluación de mensajería HL7.
- Un equipo de cómputo [Laptop o PC completa] que actúe como servidor configurado con la base de datos, catálogos proporcionados por el instituto e insumos necesarios para la evaluación del sistema de información [ambiente de pruebas].
- Paquetería Office Básica [Word, Excel, Power Point], lector de PDF para la impresión/exportación de reportes, navegador web [Chrome, Firefox, Edge, etc.] y Notepad ++.
- Equipos periféricos e insumos externos [Impresora con cartuchos y tóner para impresión, hojas blancas, y adaptador HDMI para proyector].
- Personal capacitado para el manejo y presentación del sistema de información a evaluar (uno por cada equipo de cómputo).
- Presentarse con el personal técnico que considere pertinente para la resolución de temas correspondientes a la instalación de los equipos de cómputo, periféricos y sistema de información a evaluar.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**ANEXO TI. 2 [TI. DOS] ESCRITO EN FORMATO LIBRE**  
**[HOJA MEMBRETADA POR EL LICITANTE DEL SERVICIO]**

*Se muestra de manera informativa el texto correspondiente al ESCRITO en FORMATO LIBRE que deberá presentarse para los participantes de todas las Partidas y que se deberá integrar en su propuesta técnica correspondiente al sistema de información ofertado por partida.*

=====

[LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL ESCRITO]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 CONVOCANTE  
 P R E S E N T E.

Por este conducto, a nombre de mi representada [NOMBRE LEGAL DEL LICITANTE QUE OTORGARÁ EL SERVICIO] me permito por medio del presente dar a conocer los datos del [los] Sistema(s) de Información que se propone implantar en las Unidades de Atención y la(s) empresa(s) que le dará(n) soporte para las Partidas [AÑADIR PARTIDAS PARTICIPANTES], los cuales se detallan a continuación:

- [NOMBRE COMPLETO DEL SISTEMA]
- [VERSIÓN DEL SISTEMA]
- [UNIDADES DONDE IMPLANTARA ESTE SISTEMA]
- [NOMBRE COMPLETO DE LA EMPRESA SOPORTE]
- [DIRECCIÓN COMPLETA DE LA EMPRESA SOPORTE]
- [NOMBRE COMPLETO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]
- [TELÉFONO Y EXTENSIÓN DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]
- [CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]

Asimismo, se manifiesta a nombre de mi representada que se cuenta con la capacidad de desarrollar e implementar dicho sistema de información para proporcionar el servicio en tiempo y forma conforme a lo establecido en el anexo técnico así como términos y condiciones del presente procedimiento de contratación [NÚMERO DE PROCEDIMIENTO], en apego a la Especificación Técnica del IMSS 5640-023-004 [vigente] para el Sistema de Información de Hemodiálisis Subrogada, los cuales se conocen y aceptan en su integridad para su cabal cumplimiento.

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos

ATENTAMENTE

[NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR]  
 REPRESENTANTE LEGAL DE [NOMBRE DEL PROVEEDOR]





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**ANEXO TI. 3 [TI. TRES] ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD**  
**[HOJA MEMBRETADA POR EL LICITANTE DEL SERVICIO]**

Se muestra de manera informativa el texto correspondiente al acuerdo de confidencialidad que deberá presentarse a firmar, en las oficinas del Administrador del Contrato, el representante legal con facultades de administración o de dominio del proveedor adjudicado.

=====

=====

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Por medio del presente, Nombre del Representante Legal en mi carácter de representante legal de la sociedad Nombre del Proveedor o Razón Social (en adelante **EL PRESTADOR**) manifiesto que cualquier información oral o escrita que sea proporcionada con motivo de trabajo a realizar para el Instituto Mexicano del Seguro Social (en adelante "EL INSTITUTO"), será tratada de acuerdo a las siguientes:

**CLÁUSULAS**

**Primera.- Información confidencial.-** Para los efectos del presente Acuerdo, el término "información" o "información confidencial" significa todos los datos, conversaciones telefónicas, mensajes de audio, mensajes de grabadoras, cintas magnéticas, programas de cómputo y sus códigos fuente entre otros medios de comunicación, tales como la información contenida en discos compactos (CD), mensajes de datos electrónicos (correos electrónicos), medios ópticos o de cualquier otra tecnología o cualquier otro material que contenga información jurídica, operativa, técnica, financiera o de análisis, registros, documentos, especificaciones, productos, informes, dictámenes y desarrollos a que tenga acceso o que le sean proporcionados por "EL INSTITUTO".

De igual forma, será considerada como confidencial aquella información derivada de la ejecución del servicio que preste "EL PRESTADOR" que señale "EL INSTITUTO" y sea propiedad exclusiva de éste.

**Segunda.- Obligación de No-Divulgación.-** "EL PRESTADOR" reconoce que queda prohibida su difusión y/o utilización total o parcial en su favor o de terceros ajenos a la relación contractual, por cualquier medio, entre otros de manera enunciativa más no limitativa: vía oral, impresa, electrónica, magnética, óptica y en general por ningún medio conocido o por desarrollar, conforme a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares [LFPDPPP], Ley de la Propiedad Industrial y de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Si no se cumplen los términos de las leyes antes mencionadas serán sancionados en base a lo que estipule cada una de las mismas. En este sentido, acepta que la prohibición señalada en el párrafo anterior, comprende inclusive, en forma enunciativa más no limitativa, que no se podrá llevar a cabo la difusión de la información con fines de lucro, comerciales, académicos, educativos o para cualquier otro, por lo que "EL PRESTADOR" se responsabiliza del uso y cuidado de la información, a nombre propio y de las personas que formen parte del mismo, así como del personal directivo, administrativo y operativo que las conformen.

Adicionalmente, "EL PRESTADOR" se obliga a lo siguiente:

- 1) Utilizar toda la información a que tenga acceso o generada con motivo de su prestación de servicio ante "EL INSTITUTO" únicamente para cumplimentar el objeto del contrato adjudicado.
- 2) Limitar la revelación de la información y documentación a que tenga acceso, únicamente a las personas que dentro de su propia organización se encuentren autorizadas para conocerla, haciendo responsable del uso que dichas personas puedan hacer de la misma.
- 3) No hacer copias de la información, sin la autorización por escrito de "EL INSTITUTO".
- 4) No revelar a ningún tercero la información, sin la previa autorización por escrito de "EL INSTITUTO".



- 5) Mantener estricta confidencialidad de la información y/o documentación relacionada con la prestación del servicio, bajo la pena de incurrir en responsabilidad penal, civil o de otra índole, y por lo tanto, no podrá ser divulgada, transmitida, ni utilizada en beneficio propio o de tercero.

Tercera. - Devolución de la Información. - Una vez concluida la vigencia del presente acuerdo, "EL PRESTADOR", entregará a "EL INSTITUTO" todo material, documentos y copias que contengan la información confidencial que le haya sido proporcionada por "EL INSTITUTO", no debiendo conservar en su poder ningún material, documentos y copias que contenga la referida información confidencial.

"EL PRESTADOR" conviene en limitar el acceso de dicha información confidencial a sus empleados o representantes, sin embargo, necesariamente harán partícipes y obligados solidarios a aquéllos, respecto de sus obligaciones de confidencialidad aquí contraídas. Cualquier persona que tuviere acceso a dicha información, deberá ser advertida de lo convenido en este documento, comprometiéndose a observar y cumplir lo estipulado en este punto.

"EL PRESTADOR" acepta que todas las especificaciones, productos, estudios técnicos, informes, dictámenes, desarrollos, códigos fuente y programas, datos clínicos, así como todo aquello que se obtenga como resultado en la prestación del servicio, serán confidenciales.

La duración del presente Documento será la menor de entre las siguientes:

- i. 1 (un) año contado a partir de la fecha de firma de este Acuerdo de Confidencialidad. El plazo de 1 (un) año antes mencionado podrá ser prorrogado, una o más veces, por voluntad de las Partes por periodos adicionales de 1 (un) año cada uno, en cuyo caso dichas prórrogas deberán constar por escrito y estar firmadas por ambas Partes o reducido en caso de vigencia de contrato menor a 1 (un) año.

Este documento solamente podrá ser modificado mediante consentimiento de las partes, otorgado por escrito.

El presente documento se regirá por las leyes vigentes en la Ciudad de México. Para todo lo relacionado con la interpretación y cumplimiento del presente Documento las Partes se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales competentes en la Ciudad de México, expresamente renunciando a cualquier otro fuero que pudiera corresponderles por razón de sus domicilios presentes o futuros o por cualquier otra causa.

Este documento se firma por duplicado al calce de cada una de sus hojas útiles por ambos lados, quedando un original en poder de cada una de las Partes, en \_\_\_\_\_, Col \_\_\_\_\_, Alcaldía \_\_\_\_\_, CDMX, C.P. XXXXX el [día] de [mes] de 202[año].

-----  
[Nombre del Representante legal del Proveedor  
Adjudicado con facultades de Administración o de Dominio]

-----  
[Nombre y firma del Administrador del Contrato en el IMSS]





**Instituto Mexicano del Seguro Social Anexo TI. 4 [TI. cuatro] Designación de Contacto Responsable.**  
[Hoja membretada por el licitante del servicio]

[lugar y fecha de expedición del oficio]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ATENCIÓN:

[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO]

P R E S E N T E.

Estimado [ADMINISTRADOR DEL CONTRATO] a nombre de mi representada [NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO] me permito por medio del presente dar a conocer los datos de contacto de la(s) persona(s) responsable(s) de establecer comunicación entre el Instituto y nuestra representada para todo lo referente al sistema de información, Anexo TI 4 [TI CUATRO], los cuales se detallan a continuación:

- [NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE]
- [CARGO DEL REPRESENTANTE]
- [DIRECCIÓN COMPLETA DEL REPRESENTANTE]
- [TELÉFONO Y EXTENSIÓN]
- [CORREO ELECTRÓNICO]

Lo anterior para dar cumplimiento con lo requerido en el procedimiento de contratación con número \_\_\_\_\_ para las partidas \_\_\_\_\_ relativos al Servicio Médico de \_\_\_\_\_ del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos.

ATENTAMENTE

[NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR CON FACULTADES DE ADMINISTRACIÓN O DE DOMINIO]  
REPRESENTANTE LEGAL DE [NOMBRE DEL PROVEEDOR ADJUDICADO]

**Instituto Mexicano del Seguro Social Anexo TI. 5 [TI. cinco] Designación de Sistema y Empresa Soporte**  
[Hoja membretada por el licitante del servicio]

[lugar y fecha de expedición del oficio]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ATENCIÓN:

[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO]

P R E S E N T E

Estimado [ADMINISTRADOR DEL CONTRATO] a nombre de mi representada [NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO] me permito por medio del presente dar a conocer los datos del [los] Sistema(s) de Información que propone implantar en las Unidades de Atención y la(s) empresa(s) que le dará soporte, los cuales se detallan a continuación:

- [NOMBRE COMPLETO DEL SISTEMA]
- [VERSIÓN DEL SISTEMA]
- [UNIDADES DONDE IMPLANTARA ESTE SISTEMA]
- [NOMBRE COMPLETO DE LA EMPRESA SOPORTE]
- [DIRECCIÓN COMPLETA DE LA EMPRESA SOPORTE]
- [NOMBRE COMPLETO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]



- [TELÉFONO Y EXTENSIÓN DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]
- [CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]

Lo anterior para dar cumplimiento con lo requerido en el procedimiento de contratación con número \_\_\_\_\_ para las partidas \_\_\_\_\_ relativos al Servicio Médico de \_\_\_\_\_ del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos

ATENTAMENTE  
[NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR]  
REPRESENTANTE LEGAL DE [NOMBRE DEL PROVEEDOR]

