



CONTRATO NÚMERO SEIA221003180071

CONTRATO ABIERTO PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES PARA EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA) PARA PACIENTES NUEVOS, A FIN DE ATENDER LAS NECESIDADES DE SUS DERECHOHABIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, PARA EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1 (UNO) Y EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 46 (CUARENTA Y SEIS) DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL DURANGO, QUE CELEBRA POR UNA PARTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, QUE EN LO SUCESIVO SE DENOMINARÁ "EL INSTITUTO", REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR LA MTRA. CLAUDIA DÍAZ PÉREZ, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL Y POR LA OTRA, LA EMPRESA DENOMINADA BAXTER, S.A. DE C.V., EN LO SUBSECUENTE "EL PROVEEDOR", REPRESENTADA POR EL C. GERARDO HUMBERTO MORENO CORONA, EN SU CARÁCTER DE APODERADO LEGAL, A QUIENES EN ADELANTE SE DENOMINARÁN "LAS PARTES", AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

DECLARACIONES

- I. "EL INSTITUTO", DECLARA A TRAVÉS DE SU REPRESENTANTE LEGAL QUE:
 - I.1. ES UN ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL CON PERSONALIDAD JURÍDICA Y PATRIMONIO PROPIO, QUE TIENE A SU CARGO LA ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL, COMO UN SERVICIO PÚBLICO DE CARÁCTER NACIONAL, EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 4 Y 5 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.
 - I.2. ESTÁ FACULTADO PARA CELEBRAR LOS ACTOS JURÍDICOS NECESARIOS PARA LA CONSECUCCIÓN DE LOS FINES PARA LOS QUE FUE CREADO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 251 FRACCIONES IV Y V DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.
 - I.3. LA MTRA. CLAUDIA DÍAZ PÉREZ, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE "EL INSTITUTO", QUIEN ACTÚA COMO TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL EN DURANGO, Y COMO RESPONSABLE DIRECTO DE LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES EN SU CIRCUNSCRIPCIÓN TERRITORIAL, SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO CON LAS FACULTADES QUE LE CONFIEREN LOS ARTÍCULOS 8, 144, FRACCIONES I Y XXIII, Y 155 FRACCIÓN IX INCISOS a) Y b) DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, Y DE ACUERDO CON EL PODER QUE LE FUE CONFERIDO EN LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 41,773 (CUARENTA Y UN MIL SETECIENTOS SETENTA Y TRES), DEL LIBRO NÚMERO 815 (OCHOCIENTOS QUINCE), DE FECHA 29 DE DICIEMBRE DE 2021, PASADA ANTE LA FE DE LA LICENCIADA OLGA MERCEDES GARCÍA VILLEGAS SÁNCHEZ CORDERO, TITULAR DE LA NOTARÍA NÚMERO 95 (NOVENTA Y CINCO) DE LA CIUDAD DE MÉXICO, OTORGADO POR EL LICENCIADO ANTONIO PÉREZ FONTICOPA, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DE LA DIRECCIÓN JURÍDICA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, INSCRITO EN EL REGISTRO PÚBLICO DE ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS BAJO EL FOLIO 97-7-31122021- 124413 DE FECHA 31 DE DICIEMBRE DE 2021, BAJO LAS FACULTADES CONFERIDAS Y QUE NO HAN SIDO MODIFICADAS, NI REVOCADAS EN FORMA ALGUNA.
 - I.4. EL LIC. HUGO GARCÍA ORTIZ, TITULAR DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DE "EL INSTITUTO", INTERVIENE COMO ÁREA CONTRATANTE EN EL PROCEDIMIENTO DEL CUAL SE DERIVA EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 2 FRACCIÓN I DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.
 - I.5. EL DR. LUIS ENRIQUE VARGAS GARCIA, ENCARGADO DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS DE "EL INSTITUTO", INTERVIENE COMO ÁREA REQUIRENTE DE ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 2 FRACCIÓN II DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.
 - I.6. DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL PENÚLTIMO Y ÚLTIMO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 84 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, EL ING. ARTURO RODRÍGUEZ HAM, TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE "EL INSTITUTO", FUNGIRÁ COMO ADMINISTRADOR DE ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO, RESPONSABLE DE SUPERVISAR Y DAR SEGUIMIENTO AL CORRECTO, OPORTUNO Y PUNTUAL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES ESTABLECIDOS POR "EL PROVEEDOR", ASÍ COMO DE LAS ACCIONES A EMPRENDER POR EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL NUMERAL 5.3.15 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
 - I.7. CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 2 FRACCIÓN III DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y EN EL NUMERAL 5.3.9 DE LAS

(Handwritten signatures and initials in blue ink)





POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EL **DR. HECTOR MANUEL GONZALEZ SIMENTAL**, COORDINADOR DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN. EFECTUÓ LA EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA CORRESPONDIENTE.

- I.8. PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES Y LA REALIZACIÓN DE SUS ACTIVIDADES, REQUIERE DE LA ADQUISICIÓN DE BIENES PARA EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA) PARA PACIENTES NUEVOS, A FIN DE ATENDER LAS NECESIDADES DE SUS DERECHOHABIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, PARA EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1 (UNO) Y EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 46 (CUARENTA Y SEIS) DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL DURANGO.
- I.9. PARA CUBRIR LAS EROGACIONES QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO, CUENTA CON RECURSOS DISPONIBLES SUFICIENTES, NO COMPROMETIDOS, EN LA PARTIDA PRESUPUESTAL NÚMERO **42060318** DE CONFORMIDAD CON EL CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO NÚMERO **0000015541-2022**.
- I.10. EL PRESENTE CONTRATO FUE ADJUDICADO A **"EL PROVEEDOR"** MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACION DIRECTA NÚMERO **AA-050GYR010-E155-2022** CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 26 FRACCIÓN III, 26 BIS FRACCIÓN II, 28 FRACCIÓN I Y 41 FRACCIÓN V DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 72 FRACCIÓN V DEL REGLAMENTO.
- I.11. CON FECHA **29 DE JUNIO DE 2022**, LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO, DEPENDIENTE DE LA JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL DURANGO, EMITIÓ EL RESULTADO DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN MENCIONADO EN LA DECLARACIÓN QUE ANTECEDE.
- I.12. CONFORME A LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 57 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 107 DE SU REGLAMENTO, **"EL PROVEEDOR"** EN CASO DE AUDITORÍAS, VISITAS O INSPECCIONES QUE PRACTIQUE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN **"EL INSTITUTO"**, DEBERÁ PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN QUE EN SU MOMENTO SE REQUIERA, RELATIVA AL PRESENTE CONTRATO.
- I.13. DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 81, FRACCIÓN IV, DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, EN CASO DE DISCREPANCIA ENTRE EL CONTENIDO DE LA SOLICITUD DE COTIZACIÓN Y EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, PREVALECERÁ LO ESTABLECIDO EN LA SOLICITUD EN REFERENCIA.
- I.14. PARA LOS FINES Y EFECTOS LEGALES DE ESTE CONTRATO, SEÑALA COMO DOMICILIO EL UBICADO EN CALLE JUÁREZ NÚMERO 104 SUR, ZONA CENTRO, CODIGO POSTAL 34000, DURANGO, DGO.
- II. **"EL PROVEEDOR"** DECLARA A TRAVÉS DE SU APODERADO LEGAL QUE:
 - II.1. ES UNA PERSONA MORAL CONSTITUIDA DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, SEGÚN CONSTA EN EL INSTRUMENTO NÚMERO 8,269 (OCHO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE), VOLUMEN 179 (CIENTO SETENTA Y NUEVE) DEL 04 DE DICIEMBRE DE 1987, OTORGADA ANTE LA FE DEL **LICENCIADO ROGELIO MAGAÑA LUNA**, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 156 (CIENTO CINCUENTA Y SEIS) DE LA CIUDAD DE MÉXICO, INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO BAJO EL FOLIO 9,860, EN LA CIUDAD DE MÉXICO, DE FECHA 23 DE NOVIEMBRE DE 1988.
 - II.2. SE ENCUENTRA REPRESENTADA PARA LA CELEBRACIÓN DE ESTE CONTRATO, POR EL **C. GERARDO HUMBERTO MORENO CORONA**, QUIEN ACREDITA SU PERSONALIDAD EN TÉRMINOS DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 65,774 (SESENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO), LIBRO 1,142 (MIL CIENTO CUARENTA Y DOS), FOLIO 105,012 (CIENTO CINCO MIL DOCE), DE FECHA 09 DE JUNIO DE 2000, ANTE LA FE DEL **LICENCIADO ENRIQUE ALMANZA PEDRAZA**, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 198 (CIENTO NOVENTA Y OCHO), EN EJERCICIO EN LA CIUDAD DE MÉXICO Y MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LAS FACULTADES QUE LE FUERON CONFERIDAS NO LE HAN SIDO REVOCADAS, MODIFICADAS, NI RESTRINGIDAS EN FORMA ALGUNA.
 - II.3. DE ACUERDO CON SUS ESTATUTOS, SU OBJETO SOCIAL CONSISTE ENTRE OTRAS ACTIVIDADES, EN LA MANUFACTURA, ACONDICIONADO, MAQUILA, COMPRAVENTA, COMERCIALIZACIÓN, PROMOCIÓN, DISTRIBUCIÓN, REPRESENTACIÓN, CONSIGNACIÓN, COMODATOS, IMPORTACIÓN, TRANSPORTE Y ALMACENAJE DE MATERIAS PRIMAS, MATERIALES, MEDICAMENTOS YA SEAN INNOVADORES Y/O GENÉRICOS Y/O DE CUALQUIER OTRA CLASE QUE PERMITA LLEGUE A SER PERMITIDA POR LAS LEYES APLICABLES, EQUIPOS MÉDICOS, MATERIAL DE CURACIÓN Y QUIRÚRGICO Y EN GENERAL TODO TIPO DE INSUMOS, PRODUCTOR, MATERIALES Y EQUIPOS





Se elimina REGISTRO PATRONAL por considerarse información confidencial de una persona moral inherente a su patrimonio. Lo anterior de conformidad con los artículos 113 fracción III, 108 y 118 de la LFTAP.

RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTA CON LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA YA SEA PARA USO HUMANO O VETERINARIO.

4. SU REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES ES **BAX-871207-MN3**; ASIMISMO, CUENTA CON REGISTRO PATRONAL ANTE "EL INSTITUTO" [REDACTED]

5. MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, NO ENCONTRARSE EN LOS SUPUESTOS DE LOS ARTÍCULOS 50 Y 60 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

6. MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE DISPONE DE LA ORGANIZACIÓN, EXPERIENCIA, ELEMENTOS TÉCNICOS, HUMANOS Y ECONÓMICOS NECESARIOS, ASÍ COMO CON LA CAPACIDAD SUFICIENTE PARA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES QUE ASUME EN EL PRESENTE CONTRATO.

7. PARA LOS EFECTOS LEGALES Y DE NOTIFICACIÓN RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO EN TÉRMINOS DE LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 49 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, SEÑALA COMO DOMICILIO PARA OÍR Y RECIBIR TODA CLASE DE NOTIFICACIONES Y DOCUMENTOS QUE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO, EN SU DOMICILIO UBICADO EN AVENIDA DE LOS 50 METROS, NÚMERO 2, COLONIA CIVAC, CÓDIGO POSTAL 62578, EN LA CIUDAD DE JIUTEPEC, MORELOS, TELÉFONO 777 3296 0000 Y/O 811 1244 5425, CORREO ELECTRÓNICO gerardo_moreno@baxter.com

8. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO EN SUS OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, SOLICITA SE APLIQUEN LOS RECURSOS DERIVADOS DEL CONTRATO CONTRA LOS ADEUDOS QUE EN SU CASO, TUVIERA A FAVOR DE "EL INSTITUTO".

9. CUENTA CON EL ACUSE DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD DE OPINIÓN ANTE EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA (SAT), RELACIONADA CON EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES EN LOS TÉRMINOS QUE ESTABLECE LA REGLA 2.1.31 DE LA RESOLUCIÓN MISCELÁNEA FISCAL PARA EL PRESENTE EJERCICIO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 32 D, DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN, DEL CUAL PRESENTA COPIA A "EL INSTITUTO", PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO.

10. CUENTA CON CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL VIGENTE EN MATERIA DE APORTACIONES PATRONALES Y ENTERO DE DESCUENTO, EXPEDIDA POR EL INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES (INFONAVIT), SEGÚN LA CUAL NO TIENE A SU CARGO CRÉDITOS FISCALES FIRMES NO PAGADOS O NO GARANTIZADOS, CONFORME A LA RESOLUCIÓN RCA-5789-01/17 ADOPTADA POR EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL INFONAVIT EN SESIÓN ORDINARIA NÚMERO 790 DEL 25 DE ENERO DE 2017, POR LA CUAL APROBÓ EL ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN LAS "REGLAS PARA LA OBTENCIÓN DE LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL EN MATERIA DE APORTACIONES PATRONALES Y ENTERO DE AMORTIZACIONES", PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 28 DE JUNIO DE 2017.

HECHAS LAS DECLARACIONES ANTERIORES, "LAS PARTES" CONVIENEN EN OTORGAR EL PRESENTE CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LAS SIGUIENTES:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO DEL CONTRATO.- "EL INSTITUTO" SE OBLIGA A ADQUIRIR DE "EL PROVEEDOR" Y ÉSTE SE OBLIGA A SUMINISTRAR LOS BIENES CUYAS CARACTERÍSTICAS, ESPECIFICACIONES Y CANTIDADES SE DESCRIBEN EN EL ANEXO 1 (UNO).

SEGUNDA.- IMPORTE DEL CONTRATO.- "EL INSTITUTO" CUENTA CON UN PRESUPUESTO MÍNIMO COMO COMPROMISO DE PAGO POR LOS BIENES OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, POR UN IMPORTE MÍNIMO DE **\$125,767.36 (SON: CIENTO VEINTICINCO MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS 36/100 M.N.)**, Y UN PRESUPUESTO MÁXIMO SUSCEPTIBLE DE SER EJERCIDO POR LA CANTIDAD DE **\$314,418.40 (SON: TRESCIENTOS CATORCE MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS 40/100 M.N.)**, DE CONFORMIDAD CON LOS PRECIOS UNITARIOS QUE SE RELACIONAN EN EL ANEXO 1 (UNO).

"LAS PARTES" CONVIENEN QUE EL PRESENTE CONTRATO SE CELEBRE BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS, POR LO QUE EL MONTO DE LOS MISMOS, NO CAMBIARÁ DURANTE SU VIGENCIA.

TERCERA.- FORMA DE PAGO.- PARA EL TRÁMITE DE PAGO "EL PROVEEDOR" DEBERÁ EXPEDIR SUS COMPROBANTES FISCALES DIGITALES EN EL ESQUEMA DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA, CON LAS ESPECIFICACIONES NORMADAS POR EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA (SAT), A NOMBRE DE "EL INSTITUTO", CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES IMS-421231-I45, CON DOMICILIO EN AVENIDA PASEO DE LA REFORMA 476, COLONIA JUÁREZ, CÓDIGO POSTAL 06600, ALCALDÍA CUAUHTÉMOC, CIUDAD DE MÉXICO PARA LA VALIDACIÓN DE DICHS COMPROBANTES "EL PROVEEDOR" DEBERÁ CARGAR EN INTERNET, A TRAVÉS DEL PORTAL DE SERVICIOS A



PROVEEDORES DE LA PAGINA DE "EL INSTITUTO", EL ARCHIVO EN FORMATO XML., LA VALIDEZ DE LOS MISMOS SERA DETERMINADA DURANTE LA CARGA Y UNICAMENTE LOS COMPROBANTES VALIDOS SERAN PROCEDENTES PARA PAGO.

"EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A NO CANCELAR ANTE EL SERVICIO DE ADMINISTRACION TRIBUTARIA (SAT) LOS COMPROBANTES FISCALES DIGITALES A FAVOR DE "EL INSTITUTO", PREVIAMENTE VALIDADOS EN EL PORTAL DE SERVICIOS A PROVEEDORES, SALVO JUSTIFICACION Y COMUNICACION POR PARTE DEL MISMO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO PARA SU AUTORIZACION EXPRESA, DEBIENDO ESTE INFORMAR AL AREA DE TRAMITE DE EROGACIONES DE DICHA JUSTIFICACION Y REPOSICION DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL EN SU CASO.

"EL PROVEEDOR" ENTREGARA LA REPRESENTACION IMPRESA DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL (FACTURA ELECTRONICA) Y DOCUMENTACION COMPROBATORIA QUE ACREDITE LA ADQUISICION DE LOS BIENES, DE CONFORMIDAD CON LO NORMADO EN EL "PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCION, GLOSA Y APROBACION DE DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA TRAMITE DE PAGO Y CONSTITUCION DE FONDOS FIJOS" Y SE INDIQUE EN DICHA DOCUMENTACION LA ADQUISICION DE LOS BIENES, NUMERO DE PROVEEDOR, NUMERO DE CONTRATO, NUMERO DE FIANZA Y DENOMINACION SOCIAL DE LA AFIANZADORA, PARA SU AUTORIZACION AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, A MAS TARDAR A LOS 3 (TRES) DIAS HABILES POSTERIORES A LA FECHA DE ENTREGA PARA SU VALIDACION. LA PRESENTACION IMPRESA DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL (FACTURA ELECTRONICA) DEBERA REFERIR LA RELACION DE BIENES INHERENTES A LA PRESTACION DEL SERVICIO.

EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERA QUIEN DARÁ LA AUTORIZACION PARA QUE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE FINANZAS PROCEDA A SU PAGO DE ACUERDO A LO NORMADO EN EL ANEXO CUENTAS CONTABLES DEL "PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCION GLOSA Y APROBACION DE DOCUMENTOS PARA TRAMITE DE PAGO Y CONSTITUCION DE FONDOS FIJOS"

"EL PROVEEDOR" QUEDA OBLIGADO A ENTREGAR A "EL INSTITUTO" JUNTO CON LA FACTURA DE COBRO RESPECTIVA, LA "OPINION DEL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL" VIGENTE Y POSITIVA.

EL PAGO SE EFECTUARA EN PESOS MEXICANOS A LOS 20 (VEINTE) DIAS NATURALES POSTERIORES A AQUEL EN QUE "EL PROVEEDOR" PRESENTE LA REPRESENTACION IMPRESA DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL, PREVIA VALIDACION Y AUTORIZACION POR EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SEGUN CORRESPONDA, SIEMPRE Y CUANDO SE CUENTE CON LA SUFICIENCIA PRESUPUESTAL, ASI COMO CON LA DOCUMENTACION COMPROBATORIA (CONSOLIDADO DE ENTREGAS DOMICILIARIAS QUE CONTENGAN LOS NOMBRES COMPLETOS DE LOS PACIENTES DEBIDAMENTE VALIDADAS Y AUTORIZADAS POR EL JEFE DE MEDICINA INTERNA, EL DIRECTOR Y ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD MEDICA) DOCUMENTOS QUE DEBERAN PRESENTARSE EN EL AREA DE TRAMITE DE EROGACIONES DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE FINANZAS UBICADA EN CALLE JUAREZ NUMERO 104 SUR, ZONA CENTRO CODIGO POSTAL 34000, DURANGO, DGO., DE LUNES A VIERNES EN UN HORARIO 9:00 A 13:00 HORAS

EN CASO DE QUE "EL PROVEEDOR" PRESENTE SU FACTURA CON ERRORES O DEFICIENCIAS, CONFORME A LO PREVISTO EN EL ARTICULO 90 DEL REGLAMENTO DE LA LEY "EL INSTITUTO" DENTRO DE LOS 3 (TRES) DIAS HABILES SIGUIENTES A LA RECEPCION, INDICARA A "EL PROVEEDOR" LAS DEFICIENCIAS QUE SE DEBERAN CORREGIR.

EN CASO DE APLICAR, DE IGUAL MANERA "EL PROVEEDOR" DEBERA DE ENTREGAR NOTA DE CREDITO A FAVOR DE "EL INSTITUTO" POR EL IMPORTE DE LA APLICACION DE LA PENA CONVENCIONAL Y/O DEDUCCIONES POR ATRASO O DEFICIENCIAS EN LA ADQUISICION DE LOS BIENES.

EL PAGO DE LOS BIENES QUEDARA CONDICIONADO PROPORCIONALMENTE AL PAGO QUE "EL PROVEEDOR" DEBA EFECTUAR POR CONCEPTO DE PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO.

EL PAGO SE REALIZARA MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA DE FONDOS, A TRAVES DEL ESQUEMA ELECTRONICO INTERBANCARIO QUE "EL INSTITUTO", TIENE EN OPERACION, PARA TAL EFECTO "EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A PROPORCIONAR EN SU OPORTUNIDAD EL NUMERO DE CUENTA, CLABE, BANCO Y SUCURSAL A NOMBRE DE "EL PROVEEDOR", A MENOS QUE "EL PROVEEDOR" ACREDITE EN FORMA FEHACIENTE LA IMPOSIBILIDAD PARA ELLO.

EL PAGO SE DEPOSITARA EN LA FECHA PROGRAMADA DE PAGO A TRAVES DEL ESQUEMA INTRABANCARIO SI LA CUENTA BANCARIA DE "EL PROVEEDOR" ESTA CONTRATADA CON BANORTE, BBVA BANCOMER, HSBC O SCOTIABANK Y A TRAVES DEL ESQUEMA INTERBANCARIO VIA SPEI (SISTEMA DE PAGOS ELECTRONICOS INTERBANCARIOS) SI LA CUENTA PERTENECE A UN BANCO DISTINTO A LOS MENCIONADOS.

ASIMISMO, "EL INSTITUTO" PODRA ACEPTAR A SOLICITUD DE "EL PROVEEDOR", QUE EN EL SUPUESTO DE QUE TENGA CUENTAS LIQUIDAS Y EXIGIBLES A SU CARGO, APLICARLAS CONTRA LOS ADEUDOS QUE, EN SU CASO, TUVIERA POR CONCEPTO DE CUOTA OBRERO - PATRONALES, CONFORME A LO PREVISTO EN EL ARTICULO 40 B DE LA





LEY DEL SEGURO SOCIAL, ADICIONALMENTE "EL PROVEEDOR" ACEPTA SE REALICEN LAS DEDUCCIONES CORRESPONDIENTES EN SU CASO, GENERADAS POR LA APLICACIÓN DE PENAS CONVENCIONALES DERIVADAS DE ATRASO O DEFICIENCIAS EN LA ADQUISICIÓN DE LOS BIENES.

EN CASO DE QUE "EL PROVEEDOR" CELEBRE CONTRATO DE CESIÓN DE DERECHOS DE COBRO DEBERÁ NOTIFICARLO POR ESCRITO A "EL INSTITUTO" CON UN MÍNIMO DE 5 (CINCO) DÍAS NATURALES ANTERIORES A LA FECHA DE PAGO PROGRAMADA, ENTREGANDO INVARIABLEMENTE LOS DOCUMENTOS SUSTANTIVOS DE DICHA CESIÓN. ASIMISMO "EL PROVEEDOR", PODRÁ OPTAR POR COBRAR A TRAVÉS DE FACTORAJE FINANCIERO CONFORME AL PROGRAMA DE CADENAS PRODUCTIVAS DE NACIONAL FINANCIERA, S.N.C., INSTITUCIÓN DE BANCA DE DESARROLLO CON EL "EL INSTITUTO".

EN CASO DE QUE "EL PROVEEDOR" RECIBA PAGOS EN EXCESO, DEBERÁ REINTEGRAR DICHAS CANTIDADES, MÁS LOS INTERESES CORRESPONDIENTES, CONFORME A LA TASA QUE ESTABLEZCA LA LEY DE INGRESOS DE LA FEDERACIÓN, PARA LOS CASOS DE PRÓRROGA CUANDO EXISTAN CRÉDITOS FISCALES. LOS INTERESES SE CALCULARÁN SOBRE LAS CANTIDADES EN EXCESO Y SE COMPUTARÁN POR DÍAS NATURALES DESDE LA FECHA DE SU ENTREGA HASTA LA FECHA EN QUE SE PONGA EFECTIVAMENTE LAS CANTIDADES A DISPOSICIÓN DE "EL INSTITUTO".

CUARTA.- PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES.- LA ENTREGA DE LOS BIENES SERÁ REALIZADA DIRECTAMENTE EN LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA), LOS CUALES SERÁN PROPORCIONADOS A "EL PROVEEDOR", POR LOS JEFES DE SERVICIOS DE LAS UNIDADES SEÑALADAS EN EL ANEXO 2 (DOS) "DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA)", Y EN SU CASO, EN LAS FARMACIAS DE CADA HOSPITAL DE REFERENCIA SEÑALADOS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURIDICO.

LA PRIMERA ENTREGA DE LAS BOLSAS DE DIÁLISIS PERITONIAL PARA EL PACIENTE LA REALIZARÁ "EL PROVEEDOR" DENTRO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES A PARTIR DEL 01 DE JULIO DEL 2022 Y HASTA EL 31 DE AGOSTO DEL 2022, Y UNA VEZ QUE RECIBA EL FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01 INCLUIDO EN EL ANEXO T.5.1 (T PUNTO CINCO PUNTO UNO) "FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01" DE ESTE CONTRATO.

SERÁ RESPONSABILIDAD DE "EL PROVEEDOR" GARANTIZAR MEDIANTE ENTREGAS SUBSECUENTES, LA SUFICIENCIA DE INSUMOS PARA LA TERAPIA, ES DECIR SE CONSIDERARA LA FECHA DE SURTIMIENTO DEL MES ANTERIOR (EJEMPLO, SI SE SURTIÓ LA PRIMER DOTACIÓN EL DÍA 15 DEL MES XX DEL AÑO XX, DEBERÁ GARANTIZAR LA SUFICIENCIA DE INSUMOS A MÁS TARDAR EL DÍA 15 DEL SIGUIENTE MES XX DEL AÑO XX), DEBIENDO VERIFICAR LAS EXISTENCIAS DE LOS BIENES PRESCRITOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE, CUANTIFICANDO SU EQUIVALENCIA EN BOLSAS EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA Y PROCEDIENDO A HACER EL AJUSTE EN LA ENTREGA (ES DECIR LAS CANTIDADES DE BOLSAS PRESCRITAS EN EL FORMATO FIP-01 MENOS LAS EXISTENCIAS DE BOLSAS) Y FACTURACIÓN DEL PRODUCTO EN EL CICLO DE ENTREGA Y SÓLO PROCEDERÁ EL COBRO POR LO SUMINISTRADO DE ACUERDO AL PLAZO ESTABLECIDO EN EL ANEXO T.5 (T.CINCO) "PROCEDIMIENTO PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES PARA DIÁLISIS PERITONIAL CONTINUA AMBULATORIA CON ENTREGA DOMICILIARIA EN OOAD Y UNIDADES MÉDICAS" DE ESTE CONTRATO.

"EL PROVEEDOR" DOTARÁ DE UNA TARIMA PARA QUE EL ALMACENAMIENTO DE LOS BIENES EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE NO SE REALICE DIRECTAMENTE EN EL PISO, SI NO EN DICHA TARIMA, DISMINUYENDO EL RIESGO DE POSIBLE CONTAMINACIÓN POR HONGOS.

EN EL CASO DE REQUERIMIENTOS PARA NECESIDADES DE UNIDADES MÉDICAS, LA ENTREGA DE LOS BIENES, SE HARÁ DIRECTAMENTE EN LA FARMACIA DE CADA UNA DE LAS UNIDADES MÉDICAS QUE SE MENCIONAN EN EL ANEXO 2 (DOS) "DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA)" DENTRO DE LOS 8 (OCHO) DIAS NATURALES A LA SOLICITUD REALIZADA POR LA UNIDAD MÉDICA.

LAS BOLSAS DE DIÁLISIS PARA ENTREGAR A LOS PACIENTES, DEBERÁN CORRESPONDER A ALGUNA DE LAS CONCENTRACIONES SIGUIENTES 1.5% (UNO PUNTO CINCO POR CIENTO), 2.5% (DOS PUNTO CINCO POR CIENTO) Y 4.25% (CUATRO PUNTO VEINTICINCO PORCIENTO) PRESCRITAS POR EL MÉDICO RESPONSABLE DE CADA PACIENTE INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA), MISMAS QUE SE INDICARÁN EN LOS FORMATOS FIP-01 ANEXO T.5.1 (T PUNTO CINCO PUNTO UNO) "FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01" Y MPDP-01 ANEXO T.5.2 (T PUNTO CINCO PUNTO DOS) "FORMATO DE MODIFICACIÓN MPDP-01" DEL PACIENTE.

EL SUMINISTRO DE LOS BIENES EN LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES, SE LLEVARÁ A CABO DE CONFORMIDAD CON LOS FORMATOS FIP-01 ANEXO T.5.1 (T PUNTO CINCO PUNTO UNO) "FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01", MPDP-01 ANEXO T.5.2 (T PUNTO CINCO PUNTO DOS) "FORMATO DE MODIFICACIÓN MPDP-01".

POR NECESIDADES DE "EL INSTITUTO", SIN OBLIGACIÓN ADICIONAL PARA ÉSTE Y PREVIO ACUERDO DE "LAS PARTES", SE PODRÁ MODIFICAR EL LUGAR DE ENTREGA DE LOS BIENES.



EN CASO DE QUE HUBIERE INGRESOS DE PACIENTES O MODIFICACIONES DE PRESCRIPCIÓN EN EL TRANSCURSO DEL MES, "EL INSTITUTO" A TRAVÉS DE LA UNIDAD MÉDICA CORRESPONDIENTE LE NOTIFICARÁ A "EL PROVEEDOR" PARA ENTREGAR LOS REQUERIMIENTOS A TRAVÉS DE LOS FORMATOS DE INGRESO FIP-01 ANEXO T.5.1 (T PUNTO CINCO PUNTO UNO) "FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01" Y/O DE LOS FORMATOS DE MODIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN O DATOS DEL PACIENTE MPDP-01 ANEXO T.5.2 (T PUNTO CINCO PUNTO DOS) "FORMATO DE MODIFICACIÓN MPDP-01".

"EL PROVEEDOR" A SOLICITUD DE "EL INSTITUTO", ENTREGARÁ LAS BOLSAS PARA DÍALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA) CONTENIDOS EN EL ANEXO T.4.A (T PUNTO CUATRO PUNTO A) "DESCRIPCIÓN DE LAS CLAVES QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA)" DE ESTE CONTRATO, DIRECTAMENTE EN LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES AUTORIZADOS, QUIENES PREVIAMENTE OTORGARON SU CONSENTIMIENTO PARA ESTE SERVICIO.

"EL INSTITUTO" NO OTORGARÁ AMPLIACIONES AL PLAZO DE ENTREGA DE LOS BIENES ESTABLECIDO EN ESTE CONTRATO, TODA VEZ QUE SON PARA UN TRATAMIENTO DE SOPORTE DE VIDA PARA LOS PACIENTES.

CONDICIONES DE ENTREGA

"EL PROVEEDOR" RECABARÁ EN CADA ENTREGA DE BIENES, LA FIRMA AUTÓGRAFA DEL PACIENTE, FAMILIAR O VECINO AUTORIZADO, EN EL FORMATO CONSTANCIA DE RECEPCIÓN CE-01/CR01 INCLUIDO EN EL ANEXO T.5.3 (T PUNTO CINCO PUNTO TRES) "FORMATO ENTREGA Y RECEPCIÓN CE-01/CR-01" O BIEN, EN EL CASO DE NO ENCONTRARSE NINGUNO DE ELLOS, "EL PROVEEDOR" DEBERÁ DEJAR NOTIFICACIÓN Y HACER ENTREGA EN LA FARMACIA DE LA UNIDAD HOSPITALARIA A LA QUE ESTÉ ADSCRITO.

LOS BIENES QUE ENTREGUE "EL PROVEEDOR", DEBERÁN SER ENTREGADOS CON:

- EMPAQUE SECTOR SALUD O CON ETIQUETADO COMERCIAL.
- CON SELLO O SOBREIMPRESIÓN CON LA CLAVE DEL SECTOR SALUD.
- CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DEBERÁ INDICAR:
 - EL NÚMERO DE CONTRATO
 - POR CADA CLAVE EL NÚMERO DE LOTE, DE LOS BIENES ENTREGADOS.
 - CANTIDAD DE PIEZAS ENTREGADAS
 - LAS BOLSAS QUE CUBRE
 - EL NOMBRE GENERICO O COMERCIAL DEL BIEN
 - FECHA DE CADUCIDAD DE LOS BIENES O EN SU DEFECTO, FECHA DE FABRICACIÓN
 - DOMICILIO, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE "EL PROVEEDOR".

DURANTE LA RECEPCIÓN DE LOS BIENES, ÉSTOS PODRÁN ESTAR SUJETOS A UNA VERIFICACIÓN VISUAL ALEATORIA POR PARTE DE UN REPRESENTANTE INSTITUCIONAL, CON OBJETO DE REVISAR QUE SE ENTREGUEN CONFORME CON LA DESCRIPCIÓN DEL CATÁLOGO DE ARTÍCULOS, ASÍ COMO CON LAS CONDICIONES REQUERIDAS EN EL PRESENTE CONTRATO, CONSIDERANDO CANTIDAD, EMPAQUES, ENVASES EN BUENAS CONDICIONES, CADUCIDAD Y DEMÁS CONDICIONES SOLICITADAS.

EL PERSONAL DEL HOSPITAL RESPONSABLE DEL PROGRAMA DARÁ SEGUIMIENTO MENSUAL AL ABASTO OPORTUNO DE LAS CANTIDADES Y CONCENTRACIONES DE LAS SOLUCIONES DE DÍALISIS PARA DIALISIS PERITONIAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA) SOLICITADAS PARA CADA PACIENTE, CONFORME A LOS ANEXOS T.3 (T.TRES) "PROGRAMA DE SUPERVISIÓN" Y ANEXO T.3.2 (T. PUNTO TRES PUNTO DOS) "CÉDULA DE SUPERVISIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTES EN PROGRAMA DE DÍALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA)".

"EL PROVEEDOR" SE COMPROMETE A REQUISITAR EL ANEXO T.7 (T. PUNTO SIETE) "CONTROL DE RECUPERACIÓN DE BIENES/ CLAVES DE DÍALISIS PERITONEAL (DPCA)", CUANDO POR CAUSA DE DEFUNCIÓN DEL PACIENTE, CAMBIO O BAJA DEL PROGRAMA DE DÍALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA), REALICE LA ACTIVIDAD DE RECUPERACIÓN DE BIENES Y ENTREGA AL HOSPITAL DE REFERENCIA DEL PACIENTE DURANTE EL CICLO INMEDIATO SIGUIENTE A LA NOTIFICACIÓN.

LA TRANSPORTACIÓN DE LOS BIENES, LAS MANIOBRAS DE CARGA Y DESCARGA EN EL ANDÉN DEL LUGAR DE ENTREGA O EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE, SERÁN A CARGO DE "EL PROVEEDOR", ASÍ COMO EL ASEGURAMIENTO DE LOS BIENES, HASTA QUE ÉSTOS SEAN RECIBIDOS DE CONFORMIDAD POR EL PACIENTE, FAMILIAR, RESPONSABLE AUTORIZADO O BIEN POR EL MISMO INSTITUTO.





LOS BIENES DEBERÁN SER ENTREGADOS POR "EL PROVEEDOR" BAJO EL ESQUEMA LAB "LIBRE A BORDO" Y DDP (DELIVERY DUTY PAYS) "ENTREGA DERECHOS PAGADOS DESTINO FINAL".

LOS BIENES QUE SE ENTREGUEN DEBERÁN APEGARSE ESTRICTAMENTE A LAS ESPECIFICACIONES, DESCRIPCIONES, PRESENTACIONES Y DEMÁS CARACTERÍSTICAS QUE SE INDICAN EN EL ANEXO T.4.A (T.CUATRO.A) "DESCRIPCIÓN DE LAS CLAVES QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA" A LAS NORMAS OFICIALES, DISPOSICIONES LEGALES REGLAMENTARIAS Y ADMINISTRATIVAS QUE EMITA LA AUTORIDAD COMPETENTE.

COMO PARTE DE LOS REQUISITOS DEBERÁN PRESENTAR REGISTROS SANITARIOS CORRESPONDIENTES DE LAS CLAVES DESCRITAS EN EL ANEXO T.4.A (T. PUNTO CUATRO.A) "DESCRIPCIÓN DE LAS CLAVES QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA" DE LOS CUALES EN LOS MARBETES DEBERÁN INDICAR ADEMÁS DE LO ESTABLECIDO EN LA LEY GENERAL DE SALUD, EL NOMBRE GENÉRICO, DESCRIPCIÓN DEL BIEN, CLAVE DEL CUADRO BÁSICO, NÚMERO DE LOTE, FECHA DE CADUCIDAD, CANTIDAD, RAZÓN SOCIAL Y DOMICILIO DEL FABRICANTE, ASÍ COMO EL NÚMERO DE REGISTRO OTORGADO POR LA SECRETARIA DE SALUD (SS) Y OTRAS CARACTERÍSTICAS DEL BIEN QUE "EL PROVEEDOR" CONSIDERE IMPORTANTE PARA LA IDENTIFICACIÓN RESPECTIVA.

LOS MARBETES INDICARÁN ADEMÁS DE LO ESTABLECIDO EN LA LEY GENERAL DE SALUD, EL NOMBRE GENÉRICO, DESCRIPCIÓN DEL BIEN, CLAVE DEL CUADRO BÁSICO, NÚMERO DE LOTE, FECHA DE CADUCIDAD, CANTIDAD, RAZÓN SOCIAL Y DOMICILIO DEL FABRICANTE, EL NÚMERO DE REGISTRO OTORGADO POR LA SECRETARIA DE SALUD (SS) Y OTRAS CARACTERÍSTICAS DEL BIEN QUE "EL PROVEEDOR" CONSIDERE IMPORTANTE PARA LA IDENTIFICACIÓN RESPECTIVA.

EN CASO DE QUE "EL PROVEEDOR" SEA UN DISTRIBUIDOR, LA INFORMACIÓN ADICIONAL DEBERÁ LLEVAR EN EL ENVASE SECUNDARIO Y DE NO EXISTIR ÉSTE EN EL PRIMARIO, ETIQUETAS SOBREPUESTAS SIN CUBRIR LEYENDAS DE ORIGEN INDICANDO LA RAZÓN SOCIAL Y DOMICILIO "EL PROVEEDOR".

LOS ENVASES PRIMARIOS, SECUNDARIOS Y COLECTIVOS SERÁN LOS QUE DETERMINE "EL PROVEEDOR", EN LA INTELIGENCIA QUE DEBERÁN GARANTIZAR QUE EL BIEN SE CONSERVE EN CONDICIONES ÓPTIMAS DE EMPAQUE Y EMBALAJE DURANTE EL TRANSPORTE Y ALMACENAJE, ASÍ COMO QUE LA CALIDAD DEL BIEN SE MANTENGA DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA. ASÍ MISMO, "EL PROVEEDOR" DEBERÁ DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY GENERAL DE SALUD, SUS REGLAMENTOS Y NORMAS OFICIALES MEXICANAS APLICABLES, CONFORME A LOS MARBETES AUTORIZADOS POR LA COMISIÓN FEDERAL PARA LA PREVENCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS.

LOS BIENES QUE ENTREGUE "EL PROVEEDOR", DEBERÁN APEGARSE ESTRICTAMENTE A LAS ESPECIFICACIONES, DESCRIPCIONES, PRESENTACIONES Y DEMÁS CARACTERÍSTICAS QUE SE INDICAN EN EL PRESENTE CONTRATO.

EN EL CASO DE QUE "EL PROVEEDOR" AÚN NO CUENTE CON EL REGISTRO SANITARIO PARA LAS CLAVES 010.000.2366.00 "SISTEMA INTEGRAL PARA APLICACIÓN DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA", "EL PROVEEDOR" PODRÁ OFERTAR POR SEPARADO CADA UNA DE LAS CLAVES 2350, 2353, 2355, DESCRITAS EN EL ANEXO T.4.A (T.CUATRO.A) "DESCRIPCIÓN DE LAS CLAVES QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE DIÁLISIS PERITONIAL CONTINUA AMBULATORIA", INCLUYENDO CADA UNO DE LOS INSUMOS / BIENES CON LAS CARACTERÍSTICAS Y CANTIDADES DESCRITAS EN EL MISMO T.4.A (T.CUATRO.A) "DESCRIPCIÓN DE LAS CLAVES QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE DIÁLISIS PERITONIAL CONTINUA AMBULATORIA", PARA CADA PACIENTE, QUE EN SU CONJUNTO CONTEMPLAN EL SISTEMA REQUERIDO, SIN QUE ELLO IMPLIQUE UN INCREMENTO EN EL COSTO.

"EL PROVEEDOR" ENTREGARÁ UN REPORTE MENSUAL A LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS, ASÍ COMO A LA JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS. LA FECHA DE ENTREGA DEBERÁ SER DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES DE CADA MES SIGUIENTE AL MES A REPORTAR. LA INFORMACIÓN DEBERÁ SER REGISTRADA EN UNA HOJA DE CÁLCULO (EXCEL) TAL Y COMO SE ESPECIFICA EN EL ANEXO T.7 (T PUNTO SIETE) "CONTROL DE RECUPERACION DE BIENES/CLAVES DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA)", EL MEDIO DE ENTREGA DEBERÁ SER A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN ELECTRÓNICA si_dpca@imss.gob.mx arturo.rodriquezham@imss.gob.mx; cynthia.reta@imss.gob.mx; jose.perezsanz@imss.gob.mx maria.gamboa@imss.gob.mx javier.lira@imss.gob.mx , jorge.morenomata@imss.gob.mx hector.sanchezsa@imss.gob.mx.

PROGRAMA DE SUPERVISIÓN

"EL INSTITUTO" LLEVARÁ A CABO UN PROGRAMA DE SUPERVISIÓN PARA LA VIGILANCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE "EL PROVEEDOR" PARA EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA), CONFORME AL ANEXO T.3 (T. PUNTO TRES) "PROGRAMA DE SUPERVISIÓN"

(Handwritten signatures and stamps)

PARA EFECTO DE LO ANTERIOR, LAS UNIDADES MÉDICAS DEBERÁN UTILIZAR EL FORMATO DEL ANEXO T.3.2 (T.TRES.DOS) "CÉDULA DE SUPERVISIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTES EN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA)" EL CUAL FORMA PARTE DEL PRESENTE DOCUMENTO Y QUE SE HACE DEL CONOCIMIENTO EN LOS PRESENTES PARA CONSIDERACIÓN Y USO.

SOBRE EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA

"EL PROVEEDOR" ENTREGARÁ CON OPORTUNIDAD EN EL DOMICILIO DE LOS PACIENTES:

LOS BIENES, QUE CORRESPONDERÁN A LA PRESCRIPCIÓN HECHA EN LOS FORMATOS DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01 ANEXO T.5.1 (T CINCO PUNTO UNO) "FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01 Y/O EN LOS FORMATOS DE MODIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN O DATOS DEL PACIENTE MPDP-01 ANEXO T.5.2 (T CINCO PUNTO DOS) "FORMATO DE MODIFICACIÓN MPDP-01" POR LOS MÉDICOS RESPONSABLES DE LOS PACIENTES.

"EL PROVEEDOR" HARÁ ENTREGA DE LOS BIENES EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE, CONFORME A LA PRESCRIPCIÓN REALIZADA POR EL MÉDICO TRATANTE Y CONFORME A LOS AJUSTES REALIZADOS POR "EL PROVEEDOR" DE ACUERDO A LAS EXISTENCIAS EN EL PERIODO ANTERIOR.

PARA CADA UNO DE LOS PACIENTES DE INGRESO PARA EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA) REQUIERE DE: CATÉTER DE TENCKHOFF, CONECTOR DE TITANIO, LÍNEA DE TRANSFERENCIA.

REPOSICIÓN O CAMBIO

A PARTIR DEL SEGUNDO MES DE INICIO DEL CONTRATO, "EL PROVEEDOR" DEBERÁ ENTREGAR EN LA UNIDAD MÉDICA EL NÚMERO DE CATÉTERES TENCKOFF COLOCADOS EL MES PREVIO MÁS 4 (CUATRO).

ADICIONAL A LO ANTERIOR, "EL PROVEEDOR" MANTENDRÁ DE MANERA CONSTANTE UN STOCK DE LÍNEAS DE TRANSFERENCIA DE LARGA DURACIÓN, EQUIVALENTE A 10% (DIEZ POR CIENTO) DEL TOTAL DE NÚMERO DE PACIENTES ASIGNADO AL PROGRAMA, QUE ENTREGARÁ AL JEFE DE SERVICIO O AL MÉDICO RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS, A PARTIR DEL SEGUNDO MES DE INICIO DEL CONTRATO. EN EL CASO DE UNIDADES MÉDICAS CON MENOS DE 10 (DIEZ) INGRESOS DE PACIENTES DEBERÁ ENTREGAR UNA LÍNEA DE TRANSFERENCIA.

"EL PROVEEDOR" PROPORCIONARÁ Y ENTREGARÁ EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE TODOS LOS BIENES DESCRITOS CON LAS ESPECIFICACIONES SEÑALADAS EN EL ANEXO T.4.A (T.CUATRO.A) "DESCRIPCIÓN DE LAS CLAVES QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA"

ESTE CAMBIO Y REPOSICIÓN DE BIENES SE HARÁN SIN COSTO ADICIONAL PARA "EL INSTITUTO".

CANCELACIÓN DEL SURTIMIENTO

"EL PROVEEDOR" SUSPENDERÁ LA ENTREGA DE LOS BIENES EN EL MOMENTO QUE TENGA CONOCIMIENTO DE LA BAJA DEL PACIENTE POR CUALQUIER MOTIVO, INFORMANDO DE INMEDIATO AL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA QUE CORRESPONDA, CONFORME AL PROCEDIMIENTO CONTENIDO EN EL ANEXO T.5 (T. PUNTO CINCO) "PROCEDIMIENTO PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES PARA DIÁLISIS PERITONIAL CONTINUA AMBULATORIA CON ENTREGA DOMICILIARIA EN OOAD Y UNIDADES MÉDICAS"

PARA EFECTOS DE CONSTATAR QUE EL PACIENTE CONTINÚA EN TRATAMIENTO Y ÉSTE SE REALIZA ADECUADAMENTE, "EL INSTITUTO", A TRAVÉS DEL ÁREA MÉDICA DE LA UNIDAD, REALIZARÁ VISITAS DE SUPERVISIÓN AL DOMICILIO DE LOS PACIENTES CONFORME AL ANEXO T.3 (T PUNTO TRES) "PROGRAMA DE SUPERVISIÓN"

CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA

"EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A PROPORCIONAR LA CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA EN LOS 2 (DOS) NIVELES QUE SE DETALLAN A CONTINUACIÓN:

PARA PACIENTES, FAMILIARES O VECINOS AUTORIZADO:

- SE OTORGARÁ DIRECTAMENTE AL PACIENTE, FAMILIARES O VECINOS QUE LOS PRIMEROS EXPRESAMENTE AUTORIZEN PARA TAL EFECTO LA CAPACITACIÓN PREVIA AL INGRESO O CAMBIO DE MODALIDAD DE TERAPIA EN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL HASTA GARANTIZAR EL ADECUADO MANEJO DEL PROCESO DE CONEXIÓN, DESCONEXIÓN Y/O MANEJO DE LA BOLSA Y/O MÁQUINA DE DIÁLISIS EN COORDINACIÓN "EL PROVEEDOR" - "EL INSTITUTO".



CONCEPTO	NIVEL DE SERVICIO
VERIFICAR ENTREGAS SUBSECUENTES A LAS FARMACIAS DE LAS UNIDADES MÉDICAS	MENSUAL EN UN PLAZO NO MAYOR A 8 (OCHO) DIAS NATURALES
<p>“EL PROVEEDOR” ESTABLECERÁ CONTACTO CON LA DIVISIÓN DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DIGITAL DE LA SALUD (DSDICDS), DEPENDIENTE DE LA CTSDISA, A EFECTO DE ESTABLECER LA ESTRATEGIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS SIGUIENTES PUNTOS:</p> <p>A) FIRMA DEL ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD B) DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS.</p>	DENTRO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA DE EMISIÓN DEL FALLO.

QUINTA.- CANJE.- "EL INSTITUTO" POR CONDUCTO DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, SOLICITARÁ DIRECTAMENTE A "EL PROVEEDOR", DENTRO DE LOS 3 (TRES) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES AL MOMENTO EN QUE SE HAYA PERCATADO DEL VICIO OCULTO O PROBLEMA DE CALIDAD, EL CANJE DE LOS BIENES.

"EL PROVEEDOR" DEBERÁ ADEMÁS VERIFICAR SI OTROS LOTES DE ESTOS BIENES PREVIAMENTE ENTREGADOS, PRESENTAN EL DEFECTO DE CALIDAD INICIALMENTE DETECTADO. DE SER ASÍ SOLICITARÁ A EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO LA DEVOLUCIÓN PARA SU REPOSICIÓN POR LOTES YA CORREGIDOS, NOTIFICANDO DE ESTO A LA COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS (COCTI).

"EL PROVEEDOR" DEBERÁ REPONER LOS BIENES SUJETOS A CANJE, EN UN PLAZO QUE NO EXCEDERÁ DE 7 (SIETE) DÍAS NATURALES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SU NOTIFICACIÓN.

"EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A RESPONDER POR SU CUENTA Y RIESGO DE LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS QUE POR INOBSERVANCIA O NEGLIGENCIA DE SU PARTE, LLEGUE A CAUSAR A "EL INSTITUTO" Y/O A TERCEROS.

LOS LOTES DE LOS BIENES QUE SE ENTREGUEN A "EL INSTITUTO" POR MOTIVO DE CANJE SERÁN ACEPTADOS CON EL INFORME ANALÍTICO DEL LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD DEL FABRICANTE, AL MISMO TIEMPO "EL PROVEEDOR" DEBERÁ ENTREGAR A LA COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS (COCTI) UNA MUESTRA DEL LOTE YA CORREGIDO PARA QUE ÉSTA CONSTATE, QUE SE CUMPLE CON LAS NORMAS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.

EN CASO DE QUE "EL INSTITUTO" DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO O LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO RECIBA COMUNICADO POR PARTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD (SS), DE QUE HA SIDO SANCIONADO "EL PROVEEDOR" O SE LE HA REVOCADO EL REGISTRO SANITARIO, SE PODRÁ INICIAR EL PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO.

TODOS LOS GASTOS QUE SE GENEREN CON MOTIVO DEL CANJE, CORRERÁN POR CUENTA DE "EL PROVEEDOR", PREVIA NOTIFICACIÓN DE "EL INSTITUTO".

"EL INSTITUTO" NO OTORGARÁ AMPLIACIONES AL PLAZO DE CANJE ESTABLECIDO EN ESTE CONTRATO, TODA VEZ QUE SON PARA UN TRATAMIENTO DE SOPORTE DE VIDA PARA LOS PACIENTES.

LA DEVOLUCIÓN Y REPOSICIÓN DE LOS BIENES SERÁ POR CUENTA Y CARGO DE "EL PROVEEDOR".

PARA AQUELLOS BIENES CON PROBLEMAS DE CALIDAD O VICIOS OCULTOS Y QUE EN OPINIÓN DE LA COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS (COCTI), ESTA PROCEDERÁ A NOTIFICAR A LA COMISION FEDERAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS (COFEPRIS), INFORMANDO DE IGUAL FORMA A LAS ÁREAS CONTRATANTES, PARA LOS EFECTOS PROCEDENTES.

LA ENTREGA DE LOS BIENES DE REPOSICIÓN SERÁ DIRECTAMENTE EN LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES INCLUIDO EN EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONIAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA), EN CASO DE NO ENCONTRARSE EL PACIENTE, EL FAMILIAR O EL VECINO AUTORIZADO LO HARÁ EN LOS LUGARES ESTABLECIDOS EN EL ANEXO 2 (DOS) "DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS"

SEXTA.- VIGENCIA.- "LAS PARTES" CONVIENEN EN QUE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO COMPRENDERÁ DEL 01 DE JULIO DE 2022 AL 31 DE AGOSTO DE 2022.





SÉPTIMA.- PROHIBICIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES.- “EL PROVEEDOR” SE OBLIGA A NO CEDER EN FORMA TOTAL O PARCIAL, A FAVOR DE CUALQUIER OTRA PERSONA FISICA O MORAL, LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE SE DERIVEN DE ESTE CONTRATO.

“EL PROVEEDOR” SÓLO PODRÁ CEDER LOS DERECHOS DE COBRO QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO, DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN LA CLÁUSULA TERCERA, DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

OCTAVA.- RESPONSABILIDAD.- “EL PROVEEDOR” SE OBLIGA A RESPONDER POR SU CUENTA Y RIESGO DE LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS QUE POR INOBSERVANCIA O NEGLIGENCIA DE SU PARTE, LLEGUEN A CAUSAR A “EL INSTITUTO” Y/O A TERCEROS, CON MOTIVO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS EN ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO, O BIEN POR LOS DEFECTOS O VICIOS OCULTOS EN LOS BIENES ENTREGADOS, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 53 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

NOVENA.- IMPUESTOS Y/O DERECHOS.- LOS IMPUESTOS Y/O DERECHOS QUE PROCEDAN CON MOTIVO DE LOS BIENES OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, SERÁN PAGADOS POR “EL PROVEEDOR” CONFORME A LA LEGISLACIÓN APLICABLE EN LA MATERIA.

“EL INSTITUTO” SÓLO CUBRIRÁ EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (IVA) DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LAS DISPOSICIONES FISCALES VIGENTES EN LA MATERIA.

DÉCIMA.- PATENTES Y/O MARCAS.- “EL PROVEEDOR” SE OBLIGA PARA CON “EL INSTITUTO”, A RESPONDER POR LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS QUE LE PUDIERA CAUSAR A ÉSTE, O A TERCEROS, SI CON MOTIVO DE LA ENTREGA DE LOS BIENES ADQUIRIDOS VIOLA DERECHOS DE AUTOR, DE PATENTES Y/O MARCAS U OTRO DERECHO RESERVADO A NIVEL NACIONAL O INTERNACIONAL.

POR LO ANTERIOR, “EL PROVEEDOR” MANIFIESTA EN ESTE ACTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, NO ENCONTRARSE EN NINGUNO DE LOS SUPUESTOS DE INFRACCIÓN A LA LEY FEDERAL DEL DERECHO DE AUTOR, NI A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN A LA PROPIEDAD INDUSTRIAL.

EN CASO DE QUE SOBREVINIERA ALGUNA RECLAMACIÓN EN CONTRA DE “EL INSTITUTO” POR CUALQUIERA DE LAS CAUSAS ANTES MENCIONADAS, LA ÚNICA OBLIGACIÓN DE ÉSTE SERÁ LA DE DAR AVISO EN EL DOMICILIO PREVISTO EN ESTE INSTRUMENTO A “EL PROVEEDOR”, PARA QUE LLEVE A CABO LAS ACCIONES NECESARIAS QUE GARANTICEN LA LIBERACIÓN DE “EL INSTITUTO” DE CUALQUIER CONTROVERSIA O RESPONSABILIDAD DE CARÁCTER CIVIL, MERCANTIL, PENAL Y/O ADMINISTRATIVA QUE EN SU CASO, SE OCASIONE.

DÉCIMA PRIMERA.- GARANTÍAS.- “EL PROVEEDOR” SE OBLIGA A OTORGAR A “EL INSTITUTO”, LAS GARANTÍAS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN:

a) **GARANTÍA DE LOS BIENES.-** “EL PROVEEDOR” DEBERÁ PRESENTAR JUNTO CON LOS BIENES, EN PAPEL MEMBRETADO DE ÉSTE, FIRMADO POR SU REPRESENTANTE LEGAL, ESCRITO POR EL QUE SE GARANTICE QUE EL PERÍODO DE CADUCIDAD DE LOS BIENES NO PODRÁ SER MENOR A 12 (DOCE) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SU ENTREGA.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, “EL PROVEEDOR” PODRÁ ENTREGAR BIENES CON UNA CADUCIDAD MÍNIMA DE HASTA 9 (NUEVE) MESES, SIEMPRE Y CUANDO ENTREGUE UNA CARTA COMPROMISO EN LA CUAL SE OBLIGUE A CANJEAR DENTRO DE UN PLAZO DE 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE AL QUE SEA REQUERIDO EL CANJE, SIN COSTO ALGUNO PARA “EL INSTITUTO”, AQUELLOS BIENES QUE NO SEAN CONSUMIDOS POR ÉSTE, DENTRO DE SU VIDA ÚTIL; EN EL CONTENIDO DE DICHA CARTA, SE DEBERÁ INDICAR LA(S) CLAVE(S) CON SU DESCRIPCIÓN, FABRICANTE Y NÚMERO DE LOTE.

b) **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.-** “EL PROVEEDOR” PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES ESTIPULADAS EN EL PRESENTE CONTRATO, DEBERÁ PRESENTAR, FIANZA EXPEDIDA POR AFIANZADORA DEBIDAMENTE CONSTITUIDA EN TÉRMINOS DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, POR UN IMPORTE EQUIVALENTE AL 10% (DIEZ POR CIENTO) SIN CONSIDERAR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.), A FAVOR DE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. EL PORCENTAJE DE LA GARANTÍA SERÁ SOBRE EL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO.

ESTA GARANTÍA SERÁ INDIVISIBLE Y DEBERÁ PRESENTARSE A MÁS TARDAR, DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA DE LA FIRMA DEL CONTRATO, EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 48 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, EN CASO DE PRESENTARSE ALGÚN INCUMPLIMIENTO SE HARÁN EFECTIVAS LAS GARANTÍAS QUE PROCEDAN, EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 39



- “EL PROVEEDOR” EN COORDINACIÓN CON EL PERSONAL RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA) DE “EL INSTITUTO”, PROPORCIONARÁ ASESORÍA Y/O LA CAPACITACIÓN DEL USO DE LOS BIENES ASOCIADOS A ESTE, DIRECTAMENTE AL PACIENTE, FAMILIARES O VECINOS QUE LOS PRIMEROS EXPRESAMENTE AUTORICEN PARA TAL EFECTO.
- EL PERSONAL DEL ÁREA MÉDICA DE “EL INSTITUTO”, EN COORDINACIÓN Y DE MUTUO ACUERDO CON “EL PROVEEDOR”, REALIZARÁN UN PROGRAMA DE VISITAS MENSUALES DOMICILIARIAS, EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE SE PRESENTEN COMPLICACIONES DERIVADAS DEL INADECUADO MANEJO DEL CATÉTER, BOLSA O FALLAS DE LA DIÁLISIS PARA REFORZAR LA CAPACITACIÓN PREVIA.

PARA PERSONAL INSTITUCIONAL:

- EL PROCESO DE CAPACITACIÓN DEBERÁ REALIZARSE EN UN PLAZO NO MAYOR A 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES A PARTIR DEL INICIO DEL CONTRATO PARA EL MÉDICO TRATANTE Y PERSONAL DE ENFERMERÍA ASIGNADOS, ASÍ COMO DE MANERA CONTINUA SEGÚN LAS NECESIDADES DE LA UNIDAD MÉDICA.
- DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO “EL PROVEEDOR” CAPACITARÁ AL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA CON RESPECTO DEL USO, MANEJO Y FALLAS DE LOS BIENES DEL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA) Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL MÉDICO EN EL PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN DEL CATÉTER PERCUTÁNEO, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA UNIDAD. DE EXISTIR CAMBIOS TECNOLÓGICOS, LA CAPACITACIÓN SERÁ ACORDE CON LOS MISMOS.
- “EL PROVEEDOR” DEBERÁ CONSIDERAR LAS FECHAS Y PERÍODOS PARA PROPORCIONAR CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN LAS NECESIDADES DE LA UNIDAD MÉDICA.
- “EL INSTITUTO” A TRAVÉS DE LAS JEFATURAS DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS Y DIRECCIONES MÉDICAS, DETERMINARÁ EN COMÚN ACUERDO CON “EL PROVEEDOR” LA ORGANIZACIÓN Y REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS, CURSOS, SEMINARIOS, ETC., PARA EL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA).

“EL PROVEEDOR” DEBERÁ PROPORCIONAR CAPACITACIÓN, ASISTENCIA TÉCNICA Y TECNOLÓGICA RELATIVOS AL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA), HACIENDO LA OBSERVACIÓN QUE PARA LA INFORMACIÓN Y PROMOCIÓN RELATIVA A ESTE PUNTO, “EL PROVEEDOR” SE OBLIGA A REALIZARLA ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE A TRAVÉS DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS, QUIENES SERÁN LOS ÚNICOS FACULTADOS PARA AUTORIZAR Y CONFIRMAR LA ASISTENCIA DE LOS PARTICIPANTES A ESTAS ACTIVIDADES.

REGISTRO DE ENTREGAS

“EL PROVEEDOR” DEBERÁ GENERAR UN REPORTE QUE CONTENGA REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA) POR “EL PROVEEDOR”, PARA EL REGISTRO DE ENTREGAS, REALIZADAS A PACIENTES AUTORIZADOS, PARA EL PAGO DE LAS MISMAS.

EL REPORTE DEBERÁ SER GENERADO EN UN FORMATO DE DATOS BASADO EN EL ESTÁNDAR ECMA-262 DE JAVASCRIPT CONOCIDO COMO JSON (JAVASCRIPT OBJECT NOTATION) EL CUAL ES UN FORMATO DE INTERCAMBIO DE DATOS LIGERO, BASADO EN TEXTO Y EN UN SUBCONJUNTO DE NOTACIÓN LITERAL DEL LENGUAJE DE PROGRAMACIÓN, EL CUAL PRESENTA LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS Y VENTAJAS:

- OFRECE TIPOS DE DATOS ESCALARES Y LA CAPACIDAD DE EXPRESAR DATOS ESTRUCTURADOS A TRAVÉS DE MATRICES Y OBJETOS.
- COMPATIBLE CON MATRICES NATIVAS.
- COMPATIBLE CON OBJETOS NATIVOS.
- RECONOCE EL VALOR NULL DE FORMA NATIVA.
- SIN CONCEPTO DE ESPACIOS DE NOMBRES. LOS CONFLICTOS PARA ASIGNAR NOMBRES SE EVITAN GENERALMENTE MEDIANTE EL ANIDADO DE OBJETOS O EL USO DE UN PREFIJO EN EL NOMBRE DE UN MIEMBRO DE OBJETO
- DECISIONES DE FORMATO SENCILLAS. PROPORCIONA UNA ASIGNACIÓN MUCHO MÁS DIRECTA PARA LOS DATOS DE APLICACIÓN. LA ÚNICA EXCEPCIÓN PUEDE SER LA AUSENCIA DEL LITERAL DE FECHA/HORA.



- LA SINTAXIS ES MUY CONCISA Y DA COMO RESULTADO TEXTO CON FORMATO EN EL QUE LA MAYOR PARTE DEL ESPACIO (CON TODA LA RAZÓN) LO CONSUMEN LOS DATOS REPRESENTADOS.
- NO SE NECESITA CÓDIGO DE APLICACIÓN ADICIONAL PARA ANALIZAR TEXTO; SE PUEDE USAR LA FUNCIÓN EVAL DE JAVASCRIPT

JSON ESTÁ CONSTITUIDO POR DOS ESTRUCTURAS:

- UNA COLECCIÓN DE PARES DE NOMBRE/VALOR. EN VARIOS LENGUAJES, ESTO ES CONOCIDO COMO UN OBJETO, REGISTRO, ESTRUCTURA, DICCIONARIO, TABLA HASH, LISTA DE CLAVES O UN ARREGLO ASOCIATIVO.
- UNA LISTA ORDENADA DE VALORES. EN LA MAYORÍA DE LOS LENGUAJES, ESTO SE IMPLEMENTA COMO ARREGLOS, VECTORES, LISTAS O SECUENCIAS.

FIRMA DE ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

“EL PROVEEDOR” SE COMPROMETE CON “EL INSTITUTO” A FIRMAR UN ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE ACUERDO AL ANEXO TI 2 (TI DOS) “ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD”, EN EL CUAL SE ESTABLECE QUE EN NINGÚN MOMENTO Y BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA PODRÁ HACER USO DE LA INFORMACIÓN PUESTA A SU DISPOSICIÓN O GENERADA DURANTE Y POSTERIOR A LA VIGENCIA DE ESTE CONTRATO PARA UN FIN DISTINTO AL ESTABLECIDO EN SU OBJETO Y EN ESTE CONTRATO, SUJETÁNDOSE A LAS RESPONSABILIDADES ECONÓMICAS, PENALES Y DE CUALQUIER OTRA ÍNDOLE A INSTANCIA DE “EL INSTITUTO”, QUE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO.

DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS

“EL PROVEEDOR” DEBERÁ NOTIFICAR LOS DATOS DE CONTACTO DE LA PERSONA RESPONSABLE DE ESTABLECER COMUNICACIÓN CON “EL INSTITUTO” PARA TODO LO REFERENTE AL ENVÍO DE LA INFORMACIÓN AL CONTROL DE SERVICIOS INTEGRALES (CSI) DE “EL INSTITUTO”, ANEXO TI 3 (TI TRES) “DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE”, LA CUAL DEBE MANTENER UNA RELACIÓN LABORAL CON “EL PROVEEDOR”.

“EL PROVEEDOR” DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, DEBERÁ CUMPLIR CON LOS NIVELES DE SERVICIO DESCRITOS A CONTINUACIÓN:

CONCEPTO	NIVEL DE SERVICIO
ENTREGA DE STOCK DEL 10% (DIEZ POR CIENTO) DE LÍNEAS DE TRANSFERENCIA DE LARGA DURACIÓN, A LA UNIDAD MÉDICA DEL TOTAL DE NÚMERO DE PACIENTES ASIGNADOS A ESTE PROGRAMA.	MENSUAL A PARTIR DEL SEGUNDO MES DE INICIO DEL CONTRATO.
ENTREGAR EN LA UNIDAD MÉDICA EL NÚMERO DE CATÉTERES TENCKHOFF COLOCADOS EL MES PREVIO MÁS DOS.	MENSUAL A PARTIR DEL SEGUNDO MES DE INICIO DEL CONTRATO.
CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y MÉDICO TRATANTE ASIGNADOS.	EN UN PLAZO NO MAYOR A 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES A PARTIR DEL INICIO DEL CONTRATO.
PRIMERA ENTREGA DE BOLSAS DE DIÁLISIS PARA EL PACIENTE	DENTRO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES A PARTIR DE QUE RECIBA EL FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE, FIP-01 Y/O LOS FORMATOS DE MODIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN O DATOS DEL PACIENTE MPDP-01.
CANJE – REPOSICIÓN DE BIENES POR VICIOS OCULTOS O PROBLEMAS DE CALIDAD.	EN UN PLAZO QUE NO EXCEDERÁ DE 7 (SIETE) DÍAS NATURALES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SU NOTIFICACIÓN.
VERIFICAR QUE EL SUMINISTRO DE LOS BIENES DE CONSUMO TERAPÉUTICO ENTREGADOS EN LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES (SUBSECUENTES), SE REALICEN CON BASE EN EXISTENCIAS PRESCRITAS, SIN QUE SE GENEREN SOBRE-INVENTARIOS.	MENSUAL



FRACCIÓN II INCISO I, NUMERAL 5, Y 81 FRACCIÓN II DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

DICHA GARANTÍA DEBERÁ SER ENTREGADA EN LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO, UBICADA EN CARRETERA DURANGO-MÉXICO KILOMETRO. 5, COLONIA 15 DE OCTUBRE, CÓDIGO POSTAL. 34285, DURANGO, DGO., TELÉFONO: (618)1-29-80-54.

LA GARANTÍA PERMANECERÁ EN "EL INSTITUTO", HASTA QUE PROCEDA SU LIBERACIÓN O HACERLA EFECTIVA POR INCUMPLIMIENTO DE "EL PROVEEDOR".

LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO SE LIBERARÁ MEDIANTE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO POR PARTE DEL INSTITUTO, SIEMPRE Y CUANDO "EL PROVEEDOR" HAYA CUMPLIDO A SATISFACCIÓN DE "EL INSTITUTO", CON TODAS LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y QUE HAYA FENECIDO LA VIGENCIA DE LA MISMA.

DÉCIMA SEGUNDA.- EJECUCIÓN DE LA PÓLIZA DE FIANZA.- "EL INSTITUTO" LLEVARÁ A CABO LA EJECUCIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN LOS CASOS SIGUIENTES:

- A) SE RESCINDA ADMINISTRATIVAMENTE ESTE CONTRATO.
B) DURANTE SU VIGENCIA SE DETECTEN DEFICIENCIAS, FALLAS O CALIDAD INFERIOR EN LOS BIENES SUMINISTRADOS, EN COMPARACIÓN CON LOS OFERTADOS.
C) CUANDO EN EL SUPUESTO DE QUE SE REALICEN MODIFICACIONES AL CONTRATO, NO ENTREGUE "EL PROVEEDOR" EN EL PLAZO PACTADO, EL ENDOSO O LA NUEVA GARANTÍA, QUE AMPARE EL PORCENTAJE ESTABLECIDO PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE INSTRUMENTO, ESTABLECIDO EN LA CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA INCISO b).
D) POR CUALQUIER OTRO INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN ESTE CONTRATO.

DÉCIMA TERCERA.- PENAS CONVENCIONALES.- DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 53 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, "EL INSTITUTO" APLICARÁ PENAS CONVENCIONALES A "EL PROVEEDOR" CUANDO EXISTAN INCUMPLIMIENTOS EN LA FECHA ESTABLECIDA PARA LA ENTREGA DE BIENES O PARA EL CANJE DE LOS MISMOS.

"EL INSTITUTO" APLICARÁ UNA PENA CONVENCIONAL POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO EN LA ENTREGA DE LOS BIENES EN CADA UNO DE LOS SUPUESTOS SIGUIENTES:

Table with 5 columns: CONCEPTO, UNIDAD DE MEDIDA, PENALIZACIÓN, RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO, EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO Y APLICACIÓN DE LA PENA. Row 1: CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y MÉDICO TRATANTE ASIGNADOS. POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE EXCEDA EL PLAZO ESTABLECIDO DE 20 (VEINTE) DÍAS NATURALES A PARTIR DEL INICIO DEL CONTRATO. 2.5% (DOS PUNTO CINCO POR CIENTO) DIARIO, SIN EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (IVA), POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO, RESPECTO DE LA FACTURA DEL MES CORRESPONDIENTE. JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS A TRAVÉS DEL JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, SUBDIRECTOR MÉDICO ADMINISTRATIVO Y DIRECTOR DE LA UNIDAD MEDICA. JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS





CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO Y APLICACIÓN DE LA PENA
PRIMERA ENTREGA DE BOLSAS DE DIÁLISIS PARA EL PACIENTE	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO ESTABLECIDO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES A PARTIR DE QUE RECIBA EL FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE, FIP-01 Y/O LOS FORMATOS DE MODIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN O DATOS DEL PACIENTE MPDP-01.	2.5% (DOS PUNTO CINCO POR CIENTO) DIARIO, SIN IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (IVA)IVA, POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO, RESPECTO DE LA FACTURA DEL MES CORRESPONDIENTE	JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS A TRAVÉS DEL JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, SUBDIRECTOR MÉDICO ADMINISTRATIVO Y DIRECTOR DE LA UNIDAD MEDICA	JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
ENTREGA DE STOCK DEL 10% DE LÍNEAS DE TRANSFERENCIA DE LARGA DURACIÓN, A LA UNIDAD MÉDICA DEL TOTAL DE NÚMERO DE PACIENTES ASIGNADOS A ESTE PROGRAMA. MENSUAL. EL PRIMER DÍA HÁBIL A PARTIR DEL SEGUNDO MES DE INICIO DEL CONTRATO.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE DEL MES CORRESPONDIENTE.	2.5% (DOS PUNTO CINCO POR CIENTO) DIARIO SIN IVA, SOBRE LA FACTURA DEL MES EN QUE OCURRA LA INCIDENCIA...	JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS A TRAVÉS DEL JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, SUBDIRECTOR MÉDICO ADMINISTRATIVO Y DIRECTOR DE LA UNIDAD MEDICA	JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
ENTREGAR EN LA UNIDAD MÉDICA EL NÚMERO DE CATÉTERES TENCKOFF COLOCADOS EL MES PREVIO MÁS 4 (CUATRO). MENSUAL. EL PRIMER DÍA HÁBIL A PARTIR DEL SEGUNDO MES DE INICIO DEL CONTRATO.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE DEL MES CORRESPONDIENTE.	2.5% (DOS PUNTO CINCO POR CIENTO) DIARIO SOBRE LA FACTURA DEL MES EN QUE OCURRA LA INCIDENCIA.	JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS A TRAVÉS DEL JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, SUBDIRECTOR MÉDICO ADMINISTRATIVO Y DIRECTOR DE LA UNIDAD MEDICA	JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
CANJE-REPOSICIÓN DE BIENES POR VICIOS OCULTOS O PROBLEMAS DE CALIDAD. EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 7 (SIETE) DÍAS NATURALES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SU NOTIFICACIÓN POR PARTE DE "EL INSTITUTO".	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE EXCEDA EL NIVEL DE SERVICIO.	2.5% (DOS PUNTO CINCO POR CIENTO) DIARIO SIN IVA, SOBRE LA FACTURA DEL MES EN QUE OCURRA LA INCIDENCIA.	JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS A TRAVÉS DEL JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, SUBDIRECTOR MÉDICO ADMINISTRATIVO Y DIRECTOR DE LA UNIDAD MEDICA	JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
REALIZAR LAS ENTREGAS A LAS FARMACIAS DE LAS UNIDADES MÉDICAS EN UN PLAZO NO MAYOR A 8 (OCHO) DÍAS NATURALES A LA SOLICITUD REALIZADA POR LA UNIDAD MÉDICA	POR CADA DÍA DE ATRASO QUE NO EXCEDA DE LOS 8 (OCHO) DÍAS NATURALES A PARTIR DE LA SOLICITUD REALIZADA POR LA UNIDAD MÉDICA	2.5% (DOS PUNTO CINCO POR CIENTO) DIARIO SIN IVA, SOBRE LA FACTURA DEL MES EN QUE OCURRA LA INCIDENCIA	JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS A TRAVÉS DEL JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, SUBDIRECTOR MÉDICO ADMINISTRATIVO Y DIRECTOR DE LA UNIDAD MEDICA	JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS





CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO Y APLICACIÓN DE LA PENA
<p>CUANDO "EL PROVEEDOR" NO ESTABLEZCA CONTACTO CON LA DIVISIÓN DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DIGITAL DE LA SALUD (DSDICDS), DEPENDIENTE DE LA CSDISA, A EFECTO DE ESTABLECER LA ESTRATEGIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS SIGUIENTES PUNTOS:</p> <p>A) FIRMA DE ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD</p> <p>B) DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS</p>	<p>POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO ESTABLECIDO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA DE EMISIÓN DEL FALLO.</p>	<p>1.5% (UNO PUNTO CINCO POR CIENTO) DIARIO, SIN IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (IVA), POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO, RESPECTO DE LA FACTURA DEL MES CORRESPONDIENTE.</p>	<p>JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS A TRAVÉS DEL JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, SUBDIRECTOR MÉDICO ADMINISTRATIVO Y DIRECTOR DE LA UNIDAD MEDICA</p>	<p>JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</p>

LA PENA CONVENCIONAL POR ATRASO, SE CALCULARÁ POR CADA DÍA DE INCUMPLIMIENTO HASTA UN MÁXIMO DE 4 (CUATRO) DÍAS NATURALES, DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE DE PENALIZACIÓN ESTABLECIDO, APLICADO AL VALOR DE LOS BIENES SUMINISTRADOS CON ATRASO Y DE MANERA PROPORCIONAL AL IMPORTE DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO QUE CORRESPONDA.

LA SUMA DE LAS PENAS CONVENCIONALES NO DEBERÁ EXCEDER EL IMPORTE DE DICHA GARANTÍA.

CUANDO "EL PROVEEDOR" NO REPONGA LOS BIENES QUE "EL INSTITUTO" HAYA SOLICITADO PARA SU CANJE, UNA VEZ CONCLUIDO EL PLAZO SEÑALADO EN LA CLÁUSULA QUINTA DEL PRESENTE CONTRATO, EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO APLICARÁN UNA PENA CONVENCIONAL DEL 2.5% (DOS PUNTO CINCO POR CIENTO).

EL ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ EL ENCARGADO DE DETERMINAR, CALCULAR Y NOTIFICAR A "EL PROVEEDOR" LAS PENAS CONVENCIONALES; ASÍ COMO VIGILAR EL REGISTRO O CAPTURA Y VALIDAR EN EL SISTEMA PREI MILLENIUM, DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA CONCLUSIÓN DEL INCUMPLIMIENTO, LA APLICACIÓN DE LAS PENAS CONVENCIONALES, OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO Y COMUNICAR LOS INCUMPLIMIENTOS.

"INSTITUTO" DESCONTARÁ LAS CANTIDADES QUE RESULTEN DE APLICAR LA PENA CONVENCIONAL SOBRE LOS PAGOS QUE DEBA CUBRIR "EL PROVEEDOR", POR LO TANTO "EL PROVEEDOR" AUTORIZA A DESCONTAR LAS CANTIDADES QUE RESULTEN DE APLICAR LAS SANCIONES SEÑALADAS EN LOS PÁRRAFOS ANTERIORES, SOBRE LOS PAGOS QUE A ÉSTE DEBA CUBIRLE AL "INSTITUTO" DURANTE EL PERÍODO EN QUE INCURRA Y/O SE MANTENGA EN INCUMPLIMIENTO CON MOTIVO DEL SUMINISTRO DE LOS BIENES.

PARA AUTORIZAR EL PAGO DE LOS BIENES, PREVIAMENTE "EL PROVEEDOR" TIENE QUE HABER CUBIERTO LAS PENAS CONVENCIONALES APLICADAS CONFORME A LO DISPUESTO EN EL CONTRATO.

EL PAGO DE LOS BIENES QUEDARÁ CONDICIONADO PROPORCIONALMENTE AL PAGO QUE "EL PROVEEDOR" DEBA EFECTUAR POR CONCEPTO DE PENAS CONVENCIONALES.

CONFORME A LO PREVISTO EN EL ÚLTIMO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 96 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, NO SE ACEPTARÁ LA ESTIPULACIÓN DE PENAS CONVENCIONALES, NI INTERESES MORATORIOS A CARGO DE "EL INSTITUTO".





DÉCIMA CUARTA.- DEDUCCIONES.- DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 53 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, **"EL INSTITUTO"** PODRÁ APLICAR DEDUCCIONES AL PAGO DE LOS BIENES CON MOTIVO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFICIENTE EN QUE PUDIERA INCURRIR **"EL PROVEEDOR"** RESPECTO DE LAS PARTIDAS O CONCEPTOS QUE INTEGRAN EL CONTRATO, LAS CUALES NO EXCEDERÁN DEL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO ESTABLECIDA PARA EL MISMO.

EN NINGÚN CASO LAS DEDUCCIONES PODRÁN NEGOCIARSE EN ESPECIE.

"EL INSTITUTO" NOTIFICARÁ A **"EL PROVEEDOR"** LAS DEDUCCIONES QUE EN SU CASO SE HAYA HECHO ACREEDOR.

LAS DEDUCCIONES POR DEFICIENCIAS EN LA ENTREGA DE LOS BIENES CONTRATADOS, SE APLICARÁN DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA PARA LA DEDUCCIÓN	DEDUCCIÓN	LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO O MOTIVO DE RESCISIÓN DEL CONTRATO	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO Y APLICACIÓN DE LA DEDUCCIÓN
VERIFICAR QUE EL SUMINISTRO DE LOS BIENES DE CONSUMO TERAPÉUTICO ENTREGADOS EN LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES, SE REALICEN CON BASE EN EXISTENCIAS PRESCRITAS, SIN QUE SE GENEREN SOBRE-INVENTARIOS.	SE CONSIDERA SOBRE INVENTARIO CUANDO SOBREPASE EL NÚMERO DE BOLSAS REQUERIDO PARA 2 (DOS) DÍAS	POR CADA PACIENTE QUE PRESENTE SOBRE INVENTARIO	1% (UNO POR CIENTO) DIARIO, SOBRE LA FACTURA DEL MES EN QUE OCURRA LA INCIDENCIA, MÁS EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.)	EL LÍMITE SERÁ HASTA EL 10% DEL MONTO TOTAL MÁXIMO DEL CONTRATO.	JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS A TRAVÉS DEL JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, SUBDIRECTOR MÉDICO ADMINISTRATIVO Y DIRECTOR DE LA UNIDAD MEDICA	JEFE DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

DÉCIMA QUINTA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA.- DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 54 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, **"EL INSTITUTO"** PODRÁ DAR POR TERMINADO ANTICIPADAMENTE EL PRESENTE CONTRATO SIN RESPONSABILIDAD PARA ÉSTE Y SIN NECESIDAD DE QUE MEDIE RESOLUCIÓN JUDICIAL ALGUNA, CUANDO CONCURRAN RAZONES DE INTERÉS GENERAL O BIEN, CUANDO POR CAUSAS JUSTIFICADAS SE EXTINGA LA NECESIDAD DE REQUERIR LOS BIENES OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, Y SE DEMUESTRE QUE DE CONTINUAR CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS SE OCASIONARÍA ALGÚN DAÑO O PERJUICIO A **"EL INSTITUTO"**.

EN ESTOS CASOS **"EL INSTITUTO"** REEMBOLSARÁ A **"EL PROVEEDOR"** LOS GASTOS NO RECUPERABLES EN QUE HAYA HAYA INCURRIDO, SIEMPRE QUE ESTOS SEAN RAZONABLES, ESTÉN COMPROBADOS Y SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

DÉCIMA SEXTA.- RESCISIÓN ADMINISTRATIVA.- **"EL INSTITUTO"** PODRÁ RESCINDIR ADMINISTRATIVAMENTE EL PRESENTE CONTRATO EN CUALQUIER MOMENTO, CUANDO **"EL PROVEEDOR"** INCURRA EN INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO, DE CONFORMIDAD CON EL PROCEDIMIENTO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 54 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO. **"EL INSTITUTO"** PODRÁ SUSPENDER EL TRÁMITE DEL PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN, CUANDO SE HUBIERA INICIADO UN PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN RESPECTO DEL CONTRATO MATERIA DE LA RESCISIÓN.

DÉCIMA SÉPTIMA.- CAUSAS DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA.- **"EL INSTITUTO"** PODRÁ RESCINDIR ADMINISTRATIVAMENTE ESTE CONTRATO SIN MÁS RESPONSABILIDAD PARA EL MISMO Y SIN NECESIDAD DE RESOLUCIÓN JUDICIAL, CUANDO **"EL PROVEEDOR"** INCURRA EN CUALQUIERA DE LAS CAUSALES SIGUIENTES:

1. CUANDO NO ENTREGUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, DENTRO DEL TÉRMINO DE 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA FIRMA DEL MISMO.



2. CUANDO INCURRA EN FALTA DE VERACIDAD TOTAL O PARCIAL RESPECTO A LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA PARA LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO.
3. CUANDO SE INCUMPLA, TOTAL O PARCIALMENTE, CON CUALESQUIERA DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO Y SUS ANEXOS.
4. CUANDO SE COMPRUEBE QUE "EL PROVEEDOR" HAYA ENTREGADO BIENES CON DESCRIPCIONES Y CARACTERÍSTICAS DISTINTAS A LAS PACTADAS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.
5. EN CASO DE QUE "EL PROVEEDOR" NO REPONGA LOS BIENES QUE LE HAYAN SIDO DEVUELTOS PARA CANJE, POR PROBLEMAS DE CALIDAD, DEFECTOS O VICIOS OCULTOS, DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL PRESENTE CONTRATO.
6. CUANDO SE TRANSMITAN TOTAL O PARCIALMENTE, BAJO CUALQUIER TÍTULO, LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES PACTADAS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, CON EXCEPCIÓN DE LOS DERECHOS DE COBRO, PREVIA AUTORIZACIÓN DE "EL INSTITUTO".
7. SI LA AUTORIDAD COMPETENTE DECLARA EL CONCURSO MERCANTIL O CUALQUIER SITUACIÓN ANÁLOGA O EQUIVALENTE QUE AFECTE EL PATRIMONIO DE "EL PROVEEDOR".
8. EN CASO DE QUE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO SE RECIBA COMUNICADO POR PARTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD (SS), EN EL SENTIDO DE QUE "EL PROVEEDOR" HA SIDO SANCIONADO O SE LE HA REVOCADO EL REGISTRO SANITARIO CORRESPONDIENTE.
9. CUANDO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO O LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO RECIBA COMUNICADO POR PARTE DE LA COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS (COFEPRIS), DE QUE HA SIDO SANCIONADO "EL PROVEEDOR" O SE LE HA REVOCADO EL REGISTRO SANITARIO.
10. EL INCUMPLIMIENTO A LA PRESENTACIÓN DE MUESTRAS EN LA COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS (COCTI).
11. EN EL SUPUESTO DE QUE LA COMISIÓN FEDERAL DE COMPETENCIA ECONÓMICA (COFECE), DE ACUERDO A SUS FACULTADES, NOTIFIQUE A "EL INSTITUTO". LA SANCIÓN IMPUESTA A "EL PROVEEDOR", CON MOTIVO DE LA COLUSIÓN DE PRECIOS EN QUE HUBIESE INCURRIDO DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA, EN CONTRAVENCIÓN A LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 9 DE LA LEY FEDERAL DE COMPETENCIA ECONÓMICA, Y 34 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

DÉCIMA OCTAVA.- PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN.- PARA EL CASO DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA "LAS PARTES" CONVIENEN EN SOMETERSE AL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

- a) SI "EL INSTITUTO" CONSIDERA QUE "EL PROVEEDOR" HA INCURRIDO EN ALGUNA DE LAS CAUSALES DE RESCISIÓN QUE SE CONSIGNAN EN LA CLÁUSULA QUE ANTECEDE, LO HARÁ SABER A "EL PROVEEDOR" DE FORMA INDUBITABLE POR ESCRITO A EFECTO DE QUE ÉSTE EXPONGA LO QUE A SU DERECHO CONVENGA Y APORTE, EN SU CASO, LAS PRUEBAS QUE ESTIME PERTINENTES, EN UN TÉRMINO DE 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES, A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN DE REFERENCIA.
- b) TRANSCURRIDO EL TÉRMINO A QUE SE REFIERE EL PÁRRAFO ANTERIOR, SE RESOLVERÁ CONSIDERANDO LOS ARGUMENTOS Y PRUEBAS QUE HUBIERE HECHO VALER.
- c) LA DETERMINACIÓN DE DAR O NO POR RESCINDIDO ADMINISTRATIVAMENTE EL CONTRATO, DEBERÁ SER DEBIDAMENTE FUNDADA, MOTIVADA Y COMUNICADA POR ESCRITO A "EL PROVEEDOR", DENTRO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES, AL VENCIMIENTO DEL PLAZO SEÑALADO EN EL INCISO a), DE ESTA CLÁUSULA.

EN EL SUPUESTO DE QUE SE RESCINDA EL CONTRATO, "EL INSTITUTO" NO APLICARÁ LAS PENAS CONVENCIONALES, NI SU CONTABILIZACIÓN PARA HACER EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

EN CASO DE QUE "EL INSTITUTO" DETERMINE DAR POR RESCINDIDO EL PRESENTE CONTRATO, SE DEBERÁ FORMULAR UN FINIQUITO EN EL QUE SE HAGAN CONSTAR LOS PAGOS QUE EN SU CASO, DEBA EFECTUAR "EL INSTITUTO" POR CONCEPTO DE LOS BIENES ENTREGADOS POR "EL PROVEEDOR" HASTA EL MOMENTO EN QUE SE DETERMINE LA RESCISIÓN ADMINISTRATIVA.

SI PREVIAMENTE A LA DETERMINACIÓN DE DAR POR RESCINDIDO EL CONTRATO, "EL PROVEEDOR" ENTREGA LOS BIENES, EL PROCEDIMIENTO INICIADO QUEDARÁ SIN EFECTOS, PREVIA ACEPTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE





EL INSTITUTO POR ESCRITO, DE QUE CONTINUA VIGENTE LA NECESIDAD DE CONTAR CON LOS BIENES Y APLICANDO, EN SU CASO, LAS PENAS CONVENCIONALES CORRESPONDIENTES.

EL INSTITUTO PODRA DETERMINAR NO DAR POR RESCINDIDO EL CONTRATO, CUANDO DURANTE EL PROCEDIMIENTO ADVIERTA QUE DICHA RESCISION PUDIERA OCASIONAR ALGUN DAÑO O AFECTACION A LAS FUNCIONES QUE TIENE ENCOMENDADAS. EN ESTE SUPUESTO, EL INSTITUTO ELABORARA UN DICTAMEN EN EL CUAL JUSTIFIQUE QUE LOS IMPACTOS ECONOMICOS O DE OPERACION QUE SE OCASIONARIAN CON LA RESCISION DEL CONTRATO RESULTARIAN MAS INCONVENIENTES.

DE NO DARSE POR RESCINDIDO EL CONTRATO, EL INSTITUTO ESTABLECERA, DE CONFORMIDAD CON EL PROVEEDOR UN NUEVO PLAZO PARA EL CUMPLIMIENTO DE AQUELLAS OBLIGACIONES QUE SE HUBIESEN DEJADO DE CUMPLIR, A EFECTO DE QUE EL PROVEEDOR SUBSANE EL INCUMPLIMIENTO QUE HUBIERE MOTIVADO EL INICIO DEL PROCEDIMIENTO DE RESCISION. LO ANTERIOR, SE LLEVARA A CABO A TRAVES DE UN CONVENIO MODIFICATORIO EN EL QUE SE CONSIDERE LO DISPUESTO EN LOS DOS ULTIMOS PARRAFOS DEL ARTICULO 52 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO.

DECIMA NOVENA.- RESPONSABILIDAD CIVIL, CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR.- LAS PARTES ESTARAN EXENTAS DE TODA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LOS DAÑOS Y PERJUICIOS QUE SE PUEDAN OCASIONAR EN CASO DE INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL PRESENTE CONTRATO, DERIVADO DE CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR, ENTENDIENDOSE POR ESTO, A TODO ACONTECIMIENTO PRESENTE O FUTURO, YA SEA FENOMENO DE LA NATURALEZA O NO, QUE ESTE FUERE DEL DOMINIO DE LA VOLUNTAD, QUE NO PUEDA PREVERSE O QUE AUN PREVIENDOSE NO PUEDA EVITARSE; INCLUYENDO LA HUELGA DE LABORES ACADÉMICAS Y ADMINISTRATIVAS.

VIGESIMA.- MODIFICACIONES.- DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 52 LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO Y 91 DE SU REGLAMENTO, EL INSTITUTO PODRA CELEBRAR POR ESCRITO CONVENIO MODIFICATORIO, AL PRESENTE CONTRATO DENTRO DE LA VIGENCIA DEL MISMO. PARA TAL EFECTO, EL PROVEEDOR SE OBLIGA A PRESENTAR, EN SU CASO, LA MODIFICACION DE LA GARANTIA, EN TERMINOS DEL ARTICULO 103 FRACCION II DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO.

VIGESIMA PRIMERA.- RELACION DE ANEXOS.- LOS ANEXOS QUE SE RELACIONAN A CONTINUACION SON RUBRICADOS DE CONFORMIDAD POR LAS PARTES Y FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO.

- ANEXO 1 (UNO) CARACTERISTICAS TECNICAS, ALCANCES Y ESPECIFICACIONES
ANEXO 2 (DOS) DIRECTORIO DE UNIDADES MEDICAS

- ANEXO T.3. (T PUNTO TRES) PROGRAMA DE SUPERVISION
ANEXO T.3.2 (T PUNTO TRES PUNTO DOS) CEDULA DE SUPERVISION DOMICILIARIA DE PACIENTES EN PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA DPCA E INSTRUCTIVO DE LLENADO
ANEXO T.4.A (T PUNTO CUATRO PUNTO A) DESCRIPCION DE LAS CLAVES QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCION DE PACIENTES DE DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA DPCA.
ANEXO T.5 (T PUNTO CINCO) PROCEDIMIENTO PARA LA ADQUISICION DE BIENES PARA DIALISIS PERITONIAL CONTINUA AMBULATORIA CON ENTREGA DOMICILIARIA EN OOAD Y UNIDADES MEDICAS
ANEXO T.5.1 (T PUNTO CINCO PUNTO UNO) FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01
ANEXO T.5.2 (T PUNTO CINCO PUNTO DOS) FORMATO DE MODIFICACION MPDP-01
ANEXO T.5.3 (T PUNTO CINCO PUNTO TRES) FORMATO ENTREGA Y RECEPCION CE-01/CR-01
ANEXO T.6 (T PUNTO SEIS) TABLA CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL DPCA
ANEXO T.7 (T PUNTO SIETE) CONTROL DE RECUPERACION DE BIENES/CLAVES DE DIALISIS PERITONIAL CONTINUA AMBULATORIA

- ANEXO TI 1 (TI UNO) REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR DEL PROGRAMA DE DPCA POR EL PROVEEDOR, PARA EL REGISTRO DE ENTREGAS
ANEXO TI 2 (TI DOS) ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD
ANEXO TI 3 (TI TRES) DESIGNACION DE CONTACTO RESPONSABLE

VIGESIMA SEGUNDA.- LEGISLACION APLICABLE.- LAS PARTES SE OBLIGAN A SUJETARSE ESTRICTAMENTE PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO, A TODAS Y CADA UNA DE LAS CLAUSULAS DEL MISMO Y LA ADJUDICACION DIRECTA, ASI COMO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO, SU REGLAMENTO, EL CODIGO CIVIL FEDERAL, EL CODIGO FEDERAL DE PROCEDIMIENTOS CIVILES, LA LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y LAS DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS APLICABLES EN LA MATERIA.

VIGESIMA TERCERA.- JURISDICCION.- PARA LA INTERPRETACION Y CUMPLIMIENTO DE ESTE INSTRUMENTO JURIDICO, ASI COMO PARA TODO AQUELLO QUE NO ESTE EXPRESAMENTE ESTIPULADO EN EL MISMO, LAS PARTES SE





SOMETEN A LA JURISDICCIÓN DE LOS TRIBUNALES FEDERALES COMPETENTES DE LA CIUDAD DE DURANGO, DGO., RENUNCIANDO A CUALQUIER OTRO FUERO PRESENTE O FUTURO QUE POR RAZÓN DE SU DOMICILIO PUDIERA CORRESPONDER.

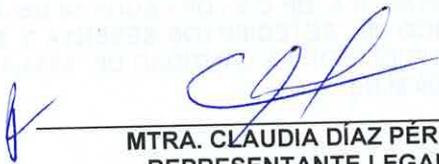
VIGÉSIMA CUARTA.- ADMINISTRACIÓN Y VERIFICACIÓN.- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS INDICADOS EN EL APARTADO DE DECLARACIONES DE "EL INSTITUTO" DE ESTE INSTRUMENTO JURIDICO, ADMINISTRAR Y VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO; DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL PENÚLTIMO Y ÚLTIMO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 84 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

EN EL CASO DE QUE SE LLEVE A CABO UN RELEVO INSTITUCIONAL TEMPORAL O PERMANENTE DE DICHSO SERVIDORES PÚBLICOS, TENDRÁN EL CARÁCTER DE ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, LA PERSONA QUE LO SUSTITUYA EN EL CARGO O AQUEL QUE DESIGNE EL ÁREA REQUIRENTE.

PREVIA LECTURA Y DEBIDAMENTE ENTERADAS "LAS PARTES" DEL CONTENIDO, ALCANCE Y FUERZA LEGAL DEL PRESENTE CONTRATO, EN VIRTUD DE QUE SE AJUSTA A LA EXPRESIÓN DE SU LIBRE VOLUNTAD Y QUE SU CONSENTIMIENTO NO SE ENCUENTRA AFECTADO POR DOLO, ERROR, MALA FE, NI OTROS VICIOS DE LA VOLUNTAD, LO FIRMAN Y RATIFICAN EN TODAS SUS PARTES, POR SEXTUPLICADO, EN LA CIUDAD DE DURANGO, DGO., EL DÍA 14 DE JULIO DEL 2022.

"EL INSTITUTO"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

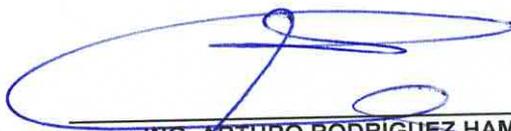
"EL PROVEEDOR"
BAXTER, S.A. DE C.V.

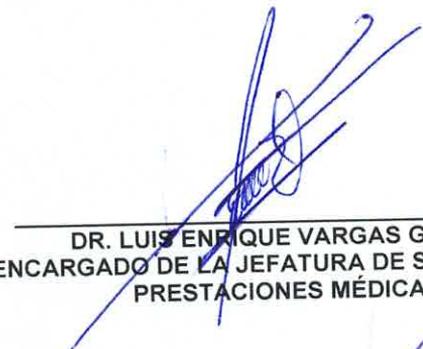

MTRA. CLAUDIA DÍAZ PÉREZ
REPRESENTANTE LEGAL


C. GERARDO HUMBERTO MORENO CORONA
REPRESENTANTE LEGAL

"EL INSTITUTO"
ADMINISTRADOR

"EL INSTITUTO"
AUXILIAR DE ADMINISTRADOR RESPONSABLE DE
REPORTAR INCUMPLIMIENTOS

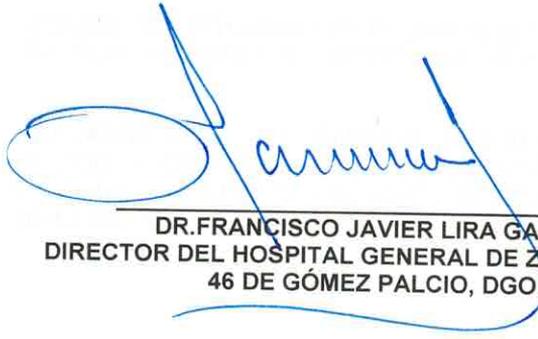

ING. ARTURO RODRIGUEZ HAM
TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS
ADMINISTRATIVOS


DR. LUIS ENRIQUE VARGAS GARCIA
ENCARGADO DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE
PRESTACIONES MÉDICAS



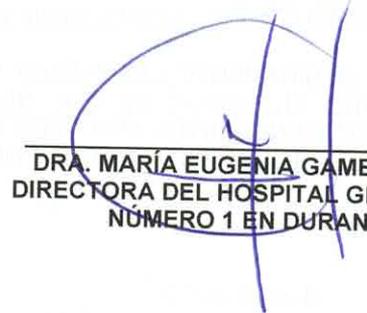


“EL INSTITUTO”
AUXILIAR DE ADMINISTRADOR RESPONSABLE DE
REPORTAR INCUMPLIMIENTOS



DR.FRANCISCO JAVIER LIRA GARCIA
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO
46 DE GÓMEZ PALCIO, DGO.

“EL INSTITUTO”
AUXILIAR DE ADMINISTRADOR RESPONSABLE DE
REPORTAR INCUMPLIMIENTOS



DRA. MARÍA EUGENIA GAMBOA-BARRAGÁN
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
NÚMERO 1 EN DURANGO, DGO.

LAS FIRMAS QUE ANTECEDEN, FORMAN PARTE DEL CONTRATO NÚMERO **SEIA221003180071** PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES PARA EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA(DPCA) PARA PACIENTES NUEVOS, A FIN DE ATENDER LAS NECESIDADES DE SUS DERECHOHABIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, PARA EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 1 (UNO) Y EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 46 (CUARENTA Y SEIS) DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL DURANGO, CELEBRADO ENTRE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y LA EMPRESA DENOMINADA **BAXTER, S.A. DE C.V.**, DE FECHA **14 DE JULIO DEL 2022**, POR UN IMPORTE MÍNIMO DE **\$125,767.36 (SON: CIENTO VEINTICINCO MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS 36/100 M.N.)**, Y UN PRESUPUESTO MÁXIMO SUSCEPTIBLE DE SER EJERCIDO POR LA CANTIDAD DE **\$314,418.40 (SON: TRESCIENTOS CATORCE MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS 40/100 M.N.)**,



ANEXO 1 (UNO)

“CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS, ALCANCES Y ESPECIFICACIONES”

CONCEPTO	IMPORTES	
	MÍNIMO	MÁXIMO
ADQUISICIÓN DE BIENES DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA) PARA PACIENTES NUEVOS	\$125,767.36	\$314,418.40

PROVEEDOR: BAXTER, S.A DE C.V.

No	Órgano De Operación Administrativa Desconcentrada	Tipo	Número	Localidad	Cantidad Bolsas		Importe Unitario	Importe	
					Min	Max		Min	Max
1	Durango	HGZ	1	Durango	1,659	4,148	37.90	62,883.68	157,209.20
2	Durango	HGZ	46	Gómez Palacio	1,659	4,148	37.90	62,883.68	157,209.20
				Totales	3,318	8,296		125,767.36	314,418.40





ANEXO 2 (DOS)

“DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS”

TIPO	LOCALIDAD	DOMICILIO	DIRECTOR	CORREO	TEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 1 (UNO)	DURANGO	PREDIO CANOAS ESQ. AVENIDA NORMAL COL. C.P. 34000, DURANGO, DURANGO	DRA. MARIA EUGENIA GAMBOA BARRAGÁN	maria.gamboa@imss.gob.mx	618 811 98 20
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 46 (CUARENTA Y SEIS)	GÓMEZ PALACIO, DGO.	CALLE DE LA CRUZ Y J.A. CASTRO COL. CENTRO C.P. 37000, GÓMEZ PALACIO, DURANGO	DR. FRANCISCO JAVIER LIRA GARCIA	javier.lira@imss.gob.mx	871 715 66 23

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]





ANEXO T. 3 (T PUNTO TRES)

“PROGRAMA DE SUPERVISIÓN”

EL JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS DEBERÁ IMPLEMENTAR UN PROGRAMA DE SUPERVISIÓN, OBSERVANDO LO SIGUIENTE:
REALIZAR LA SUPERVISIÓN DE FORMA MENSUAL.

LA VISITA A LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES, SE ELEGIRÁN DE FORMA ALEATORIA.

EL NÚMERO DE DOMICILIOS DE LOS PACIENTES A VISITAR DEBERÁ OSCILAR EN UN RANGO DEL 3 AL 10 % DE LA TOTALIDAD DE LOS PACIENTES EN DPCA MENSUALMENTE, MISMO QUE SERÁ DETERMINADO POR EL ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA.

VERIFICAR QUE LA DOTACIÓN DE LOS BIENES SE REALICE EN TIEMPO Y FORMA POR LA EMPRESA QUE RESULTE ADJUDICADA, CON BASE EN LA CANTIDAD DE BOLSAS TERAPÉUTICAS PRESCRITAS Y CON LA PERIODICIDAD REQUERIDA, APEGÁNDOSE AL CONTRATO.

DEBERÁ VERIFICAR QUE EL SUMINISTRO DE LOS BIENES DE CONSUMO TERAPÉUTICO (BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL) ENTREGADOS EN LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES, SE REALICEN CON BASE EN EXISTENCIAS, VIGILANDO PRIMORDIALMENTE, QUE EXISTA SIEMPRE LA CANTIDAD SUFICIENTE DE BOLSAS PRESCRITAS PARA EL PACIENTE, SIN QUE SE GENEREN SOBRE-INVENTARIOS DE DICHOS BIENES, EN LOS DOMICILIOS DE LOS MISMOS.

CADA UNIDAD MÉDICA, POR CONDUCTO DEL SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO, HARÁ LA NOTIFICACIÓN DE LAS SOBRE INVERSIONES DETECTADAS AL ÁREA DE PAGO RESPECTIVA Y DE LA EMPRESA ADJUDICADA DE MANERA MENSUAL PARA HACER LA DEDUCTIVA CORRESPONDIENTE, CON EL OBJETO DE CUMPLIMIENTO AL “PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR EL TRATAMIENTO DIALÍTICO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN 2660-003-057 VIGENTE”.

PARA EFECTO DE LO ANTERIOR, LAS UNIDADES MÉDICAS DEBERÁN DE UTILIZAR EL ANEXO T.3.2 (T. TRES. DOS) “CÉDULA DE SUPERVISIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTES EN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA) E INSTRUCTIVO DE LLENADO”.



ANEXO T.3.2 (T PUNTO TRES PUNTO DOS)

“CÉDULA DE SUPERVISIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTES EN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA) E INSTRUCTIVO DE LLENADO”

DELEGACIÓN / UMAE: (1)			UNIDAD MÉDICA: (2)			
FECHA DE VISITA DE SUPERVISIÓN: (3)						
NOMBRE DEL PACIENTE: (4)						
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: (5)						
DOMICILIO DEL PACIENTE: (6)						
PROVEEDOR: (7)						
VERIFICACIÓN DE LA DOTACIÓN FIJA MENSUAL DE BOLSAS						
SOLUCIONES DE DIÁLISIS PERITONEAL		CANTIDAD EN BOLSAS (PIEZAS)		¿SE HA PROPORCIONADO MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL EQUIPO? (14) SI () NO ()		
				FECHA: (15)		
CLAVE DE CUADRO BÁSICO	CONCENTRACIÓN	PRESCRITAS POR EL MÉDICO (FORMATO FIP-01 o MPDP-01) *** (8)	ENTREGADAS POR EL PROVEEDOR (CONSTANCIA RECEPCIÓN *** (9)	EXISTENCIA EN DOMICILIO AL MOMENTO DE LA SUPERVISIÓN (10)	MARCA DE EQUIPO: (16)	MODELO: (17)
2350	1.5%				¿EL PACIENTE HA SIDO HOSPITALIZADO EN EL PRESENTE MES? (18) SI () NO ()	
2353	2.5%				FECHA DE INGRESO: (19)	
2355	4.25%				FECHA DE EGRESO: (20)	
¿LA DOTACION DE SOLUCIONES SE REALIZA EN FORMA MENSUAL? (11) SI () NO ()				MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN: (21)		
FECHA DE ÚLTIMA ENTREGA: (12)						
FECHA DE ÚLTIMO CAMBIO DE LÍNEA DE TRANSFERENCIA: (13)				¿EL HOSPITAL LE HA SOLICITADO BOLSAS DE DIÁLISIS PARA CONTINUAR SU TRATAMIENTO? (22) SI () NO ()		
NOMBRE Y MATRICULA DE QUIEN REALIZA LA SUPERVISIÓN				FIRMA DE QUIEN REALIZA LA SUPERVISIÓN.		

*** LA TRABAJADORA SOCIAL DEBERÁ REQUISITAR EN LA “CÉDULA DE SUPERVISIÓN DOMICILIARIA” CON DATOS PREVIO A LA VISITA DE SUPERVISIÓN.



INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Delegación/ UMAE.	El nombre de la Delegación/UMAE.
2	Unidad Médica	Tipo y número de unidad.
3	Fecha de visita de supervisión	El día, mes y año (DD/MM/AAAA) en que se realiza.
4	Nombre del paciente	Nombre, apellido paterno, materno.
5	Número de seguridad social	Anotar el NSS con 10 números y el dígito verificador.
6	Domicilio del paciente	Anotar: calle, número interior-exterior, CP., Col. Municipio o delegación.
7	Proveedor	Anotar nombre de la empresa que proporciona el servicio.
8	Cantidad de bolsas prescritas por el médico de acuerdo al formato FIP 01/MPDP-01. ***	Anotar el número de piezas.
9	Cantidad de bolsas entregadas por el proveedor de acuerdo a la constancia de recepción.**	Anotar el número de piezas.
10	Cantidad de bolsas existentes en el domicilio al momento de la supervisión.	Anotar el número de piezas. "Esta cantidad no debe ser mayor a la prescrita por el médico."
11	¿La dotación de soluciones se realiza en forma mensual?	Anotar según corresponda SI ó NO
12	Fecha de última entrega	El día, mes y año (DD/MM/AAAA) en que se realizó.
13	Fecha del último cambio de línea de transferencia	El día, mes y año (DD/MM/AAAA) en que se realizó.
14	¿Se le ha proporcionado mantenimiento preventivo al equipo?	Anotar según corresponda SI ó NO.
15	Fecha	El día, mes y año (DD/MM/AAAA) en que se realizó.
16	Marca	Anotar marca del equipo.
17	Modelo	Anotar el modelo del equipo.
18	¿El paciente ha sido hospitalizado en el presente mes?	Anotar según corresponda SI ó NO.
19	Fecha de ingreso	El día, mes y año (DD/MM/AAAA).
20	Fecha de egreso	El día, mes y año (DD/MM/AAAA).
21	Motivo de hospitalización	Anotar diagnóstico (s) del motivo de ingreso.
22	¿El hospital le ha solicitado bolsas de diálisis para continuar su tratamiento?	Anotar según corresponda SI ó NO.
23	Nombre y matrícula de quien realiza la supervisión	Anotar lo solicitado.
24	Firma de quien realiza la supervisión	Anotar lo solicitado.

*** LA TRABAJADORA SOCIAL DEBERÁ PRE REQUISITAR EN LA "CÉDULA DE SUPERVISIÓN DOMICILIARIA" ESTOS DATOS PREVIOS A LA VISITA DE SUPERVISIÓN.



ANEXO T.4.A (T PUNTO CUATRO PUNTO A)

“DESCRIPCIÓN DE LAS CLAVES QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA”

SISTEMA INTEGRAL PARA LA APLICACIÓN DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA:
CLAVE 010.000.2366.00

CLAVE	DESCRIPCIÓN	INDICACIONES	VÍA DE ADMINISTRACIÓN
2350	LAS UNIDADES MÉDICAS SELECCIONARÁN DE ACUERDO A SUS NECESIDADES, ASEGURANDO SU COMPATIBILIDAD CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO: SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL BAJA EN MAGNESIO SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL AL 1.5%. CADA 100 ML CONTIENEN: GLUCOSA MONOHIDRATADA: 1.5 GR. CLORURO DE SODIO 538 MG. CLORURO DE CALCIO DIHIDRATADO 25.7 MG. CLORURO DE MAGNESIO HEXAHIDRATADO 5.08 MG. LACTATO DE SODIO 448 MG. AGUA INYECTABLE C.B.P. 100 ML. PH 5.0-5.6. MILIEQUIVALENTES POR LITRO: SODIO 132. CALCIO 3.5. MAGNESIO 0.5. CLORURO 96. LACTATO 40. MILIOSMOLES APROXIMADOS POR LITRO 347.	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	INTRAPERITONEAL ADULTOS Y NIÑOS: DOSIS DE ACUERDO AL CASO Y A JUICIO DEL ESPECIALISTA
2353	SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL AL 2.5%. CADA 100 ML CONTIENEN: GLUCOSA MONOHIDRATADA 2.5 GR. CLORURO DE SODIO 538 MG. CLORURO DE CALCIO DIHIDRATADO 25.7 MG. CLORURO DE MAGNESIO HEXAHIDRATADO 5.08 MG. LACTATO DE SODIO 448 MG. AGUA INYECTABLE C.B.P 100 ML. PH 5.0-5.6. MILIEQUIVALENTES POR LITRO: SODIO 132. CALCIO 3.5. MAGNESIO 0.5. CLORURO 96. LACTATO 40. MILIOSMOLES APROXIMADOS POR LITRO 398.		
2355	SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL AL 4.25%. CADA 100 ML CONTIENEN: GLUCOSA MONOHIDRATADA 4.25 GR. CLORURO DE SODIO 538 MG. CLORURO DE CALCIO DIHIDRATADO 25.7 MG. CLORURO DE MAGNESIO HEXAHIDRATADO 5.08 MG. LACTATO DE SODIO 448 MG. AGUA INYECTABLE C.B.P 100 ML. PH 5.0-5.6. MILIEQUIVALENTES POR LITRO: SODIO 132. CALCIO 3.5. MAGNESIO 0.5. CLORURO 96. LACTATO 40. MILIOSMOLES APROXIMADOS POR LITRO 486. ENVASE CON BOLSA DE 6 000 ML. CATETER CATÉTER PARA DIÁLISIS PERITONEAL. TIPO: COLA DE COCHINO. TAMAÑO: PEDIÁTRICO O ADULTO. DE INSTALACIÓN SUBCUTÁNEA, BLANDO, DE SILICÓN, CON DOS COJINETES DE POLIÉSTER O DACRÓN, CON CONECTOR, TAPÓN Y SEGURO, CON BANDA RADIOPACA. ESTÉRIL Y DESECHABLE. PIEZA. EL TAMAÑO DEL CATÉTER SERÁ SELECCIONADO POR LAS INSTITUCIONES. O CATÉTER PARA DIÁLISIS PERITONEAL. TIPO: TENCKOFF; TAMAÑO: NEONATAL, PEDIÁTRICO O ADULTO DE INSTALACIÓN SUBCUTÁNEA, BLANDO, DE SILICÓN, CON DOS COJINETES DE POLIÉSTER O DACRÓN, CON CONECTOR CON TAPÓN, SEGURO, CON BANDA RADIOPACA. ESTÉRIL Y DESECHABLE. PIEZA. EL TAMAÑO DEL CATÉTER SERÁ SELECCIONADO POR LAS INSTITUCIONES. CONECTOR		





CLAVE	DESCRIPCIÓN	INDICACIONES	VÍA DE ADMINISTRACIÓN
	<p>CONECTOR DE TITANIO LUER LOCK, PARA AJUSTAR LA PUNTA DEL CATÉTER A LÍNEA DE TRANSFERENCIA, TIPO TENCKHOFF. ESTÉRIL: PIEZA.</p> <p>EQUIPO DE LÍNEA CORTA DE TRANSFERENCIA EQUIPO. DE LÍNEA CORTA DE TRANSFERENCIA DE 6 MESES DE DURACIÓN, PARA UNIRSE AL CONECTOR CORRESPONDIENTE AL CATÉTER DEL PACIENTE. ESTÉRIL Y DESECHABLE.</p> <p>SISTEMA DE CONEXIÓN MÚLTIPLE DE PVC SISTEMA DE CONEXIÓN MÚLTIPLE DE PVC, PARA CONECTAR HASTA 4 BOLSAS DE SOLUCIÓN DE DIÁLISIS PERITONEAL. COMPATIBLE CON EL EQUIPO PORTÁTIL DE DIÁLISIS PERITONEAL (CLAVE 531 829 0599). ESTÉRIL Y DESECHABLE.</p> <p>CUBREBOCAS CUBRE BOCAS, PARA USO EN ÁREA MÉDICA, DESECHABLE.</p> <p>TAPÓN LUER LOCK PROTECTOR TAPÓN LUER-LOCK PROTECTOR, CON SOLUCIÓN ANTISÉPTICA DE YODOPOVIDONA PARA PROTECCIÓN DEL EQUIPO DE TRANSFERENCIA SISTEMA AUTOMÁTICO. SÓLO EL SISTEMA LO REQUIERE. ESTÉRIL Y DESECHABLE.</p> <p>PINZA DE SUJECIÓN DESECHABLE PINZA DE SUJECIÓN DESECHABLE, PARA EL MANEJO DE EQUIPO PARA DIÁLISIS PERITONEAL. PIEZA. ANTISÉPTICO Y GERMICIDA. SOLUCIÓN. SÓLO SI EL SISTEMA LO REQUIERE.</p>		

Ren	Clave	Descripción	Cantidad
4	060 345 1998 11 01	<p>Equipo de extensión para drenaje con una longitud de 3.64m para máquina cicladora. Sistema automático</p> <p>El proveedor deberá ofertar este equipo en los casos en que el "EQUIPO ELECTROMÉDICO QUE REGULA AUTOMÁTICAMENTE LOS INTERCAMBIOS DIALIZANTE" ofertado lo requiera para la terapia</p>	PZA

CONSIDERACIONES PARA EL PROGRAMA:

CADA UNO DE LOS PACIENTES DE NUEVO INGRESO PARA LOS PROGRAMAS DE DPCA, REQUIERE DE: CATÉTER DE TENCKHOFF, CONECTOR DE TITANIO, LÍNEA DE TRANSFERENCIA, Y LA LÍNEA DE EXTENSIÓN PARA DRENAJE SI LA MÁQUINA CICLADORA PROPORCIONADA LO REQUIERE.

REPOSICIÓN O CAMBIO

A PARTIR DEL SEGUNDO MES DE INICIO DEL CONTRATO, "EL PROVEEDOR" DEBERÁ ENTREGAR EN LA UNIDAD MÉDICA EL NÚMERO DE CATÉTERES DE TENCKOFF COLOCADOS EL MES PREVIO MÁS DOS.

PARA CADA PACIENTE EN EL PROGRAMA, SE DEBERÁ HACER EL CAMBIO DE LA LÍNEA DE TRANSFERENCIA (DE LARGA DURACIÓN 6 MESES) CADA 6 (SEIS) MESES, ESTA LÍNEA DEBERÁ SER PROPORCIONADA POR, "EL PROVEEDOR" Y LA ENTREGARÁ A LA UNIDAD MÉDICA PARA SU CAMBIO.

ADICIONAL A LO ANTERIOR, "EL PROVEEDOR" MANTENDRÁ DE MANERA CONSTANTE UN STOCK DEL 10% (DIEZ POR CIENTO) DE LÍNEAS DE TRANSFERENCIA DE LARGA DURACIÓN, DEL TOTAL DE NÚMERO DE PACIENTES ASIGNADO CON EL MÉDICO RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL.



ESTOS BIENES DEBERÁN SER CON LAS ESPECIFICACIONES DESCRITAS EN EL PRESENTE ANEXO T.4.A (T. CUATRO A) "DESCRIPCIÓN DE LAS CLAVES QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA".

ESTE CAMBIO Y REPOSICIÓN O DOTACIÓN DE BIENES SON SIN COSTO ADICIONAL PARA "EL INSTITUTO".

LAS UNIDADES MÉDICAS SELECCIONARÁN DE ACUERDO A SUS NECESIDADES EL TIPO DE SOLUCIONES, ASEGURANDO SU COMPATIBILIDAD CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO OFERTADO POR "EL PROVEEDOR".



ANEXO T.5 (T PUNTO CINCO)

“PROCEDIMIENTO PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES PARA DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA CON ENTREGA DOMICILIARIA”

RESPONSABLE	NO. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
OOAD	1	SE CELEBRA CONTRATO ABIERTO DE SUMINISTRO CON EL PROVEEDOR PARA LA ENTREGA DE LOS BIENES PARA DPCA.
UNIDAD MÉDICA DIRECTOR Y SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO/ DIRECTOR MÉDICO Y ADMINISTRATIVO DE UMAE	2	RECIBE CONTRATO.
	3	DIFUNDE AL PERSONAL INVOLUCRADO.
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO/ DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE UMAE	4	RESPONSABLE DE DIFUSIÓN, SUPERVISIÓN Y ASESORÍA DE LA APLICACIÓN DE LOS CONTRATOS DE LOS PROGRAMAS DE DIÁLISIS.
	5	SUPERVISAR QUE LOS PACIENTES ADSCRITOS AL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL ESTÉN VIGENTE EN SUS DERECHOS PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA.
JEFE DE NEFROLOGÍA O MEDICINA INTERNA	6	COORDINA LAS SESIONES DEL COMITÉ DE TERAPIAS SUSTITUTIVAS, ELABORANDO MINUTA DE LOS CASOS Y ASEGURANDO EN LA MISMA LA RÚBRICA DE LOS INTEGRANTES.
	7	ELABORA LA MINUTA DEL COMITÉ DE TERAPIAS SUSTITUTIVAS, QUE QUEDARÁ ASENTADA EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE.
	8	SUPERVISA QUE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN/CLAVES DEL PROGRAMA DE DPCA, ESTE REQUISITADA Y CONTENGA LA FIRMA AUTÓGRAFA DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE, O FAMILIAR RESPONSABLE DE ACEPTACIÓN AL TRATAMIENTO.
UNIDAD MÉDICA MÉDICO RESPONSABLE DEL PROGRAMA	9	DETERMINA AL PACIENTE CANDIDATO AL PROGRAMA, REGISTRA LOS DATOS CORRESPONDIENTES EN EL APLICATIVO PROPORCIONADO POR “EL INSTITUTO” PARA GENERAR EL FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE UTILIZANDO LA FORMATO FIP-01 (EN ORIGINAL PROVEEDOR Y 2 (DOS) COPIAS, UNA PARA EL MÉDICO RESPONSABLE, Y LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA PARA CONTROL Y ARCHIVO.
	10	
	11	SE VERIFICA LA VIGENCIA DE DERECHOS DEL PACIENTE A TRAVÉS DEL APLICATIVO PROPORCIONADO POR “EL INSTITUTO” O SE SOLICITA AL PERSONAL DE ASISTENTE MÉDICA CONSTATE VIGENCIA DE DERECHOS DEL PACIENTE. SOLICITA A LA TRABAJADORA SOCIAL EFECTÚE ESTUDIO MÉDICO SOCIAL DEL PACIENTE.





RESPONSABLE	NO. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
UNIDAD MÉDICA ASISTENTE MÉDICA	12	CONSTATA QUE LA VIGENCIA SOLICITADA AL ÁREA DE AFILIACIÓN VIGENCIA DE DERECHOS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA Y RECABA SELLO EN EL FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE Y REPORTE DEL SINDO.
	13	SOLICITA VERIFICAR BIMESTRALMENTE DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA.
	14	ENTREGA AL MÉDICO RESPONSABLE EL FORMATO FIP-01 CON EL SELLO DE VIGENCIA.
UNIDAD MÉDICA TRABAJADORA SOCIAL	15	ELABORA ESTUDIO MÉDICO-SOCIAL QUE CONTENGA LOS CRITERIOS SOCIALES EN CASO DE INGRESO DEL PACIENTE AL PROGRAMA.
	16	ENTREGA AL MÉDICO EL RESULTADO DEL ESTUDIO MÉDICO SOCIAL.
	17	REALIZA LA VISITA DOMICILIARIA DE SUPERVISIÓN A EFECTO DE VERIFICAR LA "NO EXISTENCIA DE SOBRE INVENTARIOS" UTILIZANDO LA CEDULA DE SUPERVISIÓN DESCRITA EN EL ANEXO T3 Y T3.2.
UNIDAD MÉDICA MÉDICO RESPONSABLE DEL PROGRAMA	18	REGISTRAR EN LA PÁGINA DE LA CPIM HTTP://CPIM.IMSS.GOB.MX EN LINK "SUPERVISIÓN DOMICILIARIA DPA/DPCA".
	19	RECIBE FORMATO FIP-01 Y ESTUDIO MÉDICO SOCIAL, ANEXA AL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE EL ESTUDIO MÉDICO SOCIAL.
	20	ENVÍA AL PACIENTE CON LA ENFERMERA RESPONSABLE DEL PROGRAMA PARA SU CAPACITACIÓN, ASÍ COMO CON LA TRABAJADORA SOCIAL PARA LA ORIENTACIÓN DEL PROGRAMA.
	21	MODIFICACIÓN A LA PRESCRIPCIÓN: EN EL CASO DE HABER ALGÚN CAMBIO EN LA PRESCRIPCIÓN O DATOS DEL PACIENTE, ELABORA EL FORMATO MODIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN O DATOS DEL PACIENTE UTILIZANDO LA FORMA MPDP-01. (EN ORIGINAL PARA EL PROVEEDOR Y 2 COPIAS UNA PARA EL MÉDICO RESPONSABLE Y LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA.
UNIDAD MÉDICA MÉDICO RESPONSABLE	22	ENVÍA AL SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO LOS FORMATOS FIP-01 Y MPDP-01. (CONTINUA CON LA ACTIVIDAD 25)
	23	OTORGA LA CAPACITACIÓN AL PACIENTE CONFORME AL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO.
UNIDAD MÉDICA	24	DA AL PACIENTE LA ORIENTACIÓN RESPECTIVA, ENTREGA LA GUÍA DE ORIENTACIÓN (FORMA GO-01).





RESPONSABLE	NO. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
TRABAJADORA SOCIAL	25	EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL PACIENTE, SE RECIBE LA NOTIFICACIÓN DEL FAMILIAR.
	26	NOTIFICA AL JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y/O MEDICINA INTERNA PARA DAR DE BAJA DEL PROGRAMA, UTILIZANDO EL FORMATO FIP-01.
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	27	RECIBE Y REGISTRA LOS DATOS DEL FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE (FORMA FIP-01, ASÍ COMO LA MODIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN O DATOS DEL PACIENTE (FORMA MPDP-01), PARA CONTROL Y ELABORACIÓN DE LOS INFORMES A LAS INSTANCIAS CORRESPONDIENTES.
	28	ENTREGA AL PROVEEDOR LOS DOCUMENTOS ORIGINALES ANTERIORMENTE MENCIONADOS Y/O LOS QUE SE REFIERAN A LOS PEDIDOS PARA NECESIDADES HOSPITALARIAS, ANOTANDO LA FECHA YA QUE SERÁ BASE OFICIAL PARA ESTABLECER SI EXISTE ENTREGA OPORTUNA POR EL PROVEEDOR EN EL CASO DE QUE SEA EXTEMPORÁNEA SE HARÁ ACREEDOR A LAS SANCIONES CORRESPONDIENTES.
PROVEEDOR	29	RECIBE LOS FORMATOS FIP-01 Y MPDP-01.
	30	SURTE LA PRIMERA ENTREGA LA CUAL DEBERÁ SER EXACTAMENTE IGUAL A LA CANTIDAD PRESCRITA POR EL MÉDICO, EN EL FIP-01. DENTRO DE LOS QUINCE DÍAS NATURALES A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL FORMATO.
	31	PARA LA ENTREGA SUBSECUENTE QUE SERÁ MENSUAL, EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE DEBERÁ SER EXACTAMENTE IGUAL A LA DIFERENCIA ENTRE LA CANTIDAD PRESCRITA POR EL MÉDICO, MENOS LAS CANTIDADES EXISTENTES DE ACUERDO AL FORMATO CONSTANCIA DE RECEPCIÓN UTILIZANDO LA FORMA CR-01.
	32	EN EL CASO DE SURTIR A UNIDADES MÉDICAS SE CONTARÁ CON UN PLAZO DE 8 DÍAS NATURALES PARA LA ENTREGA DE LOS BIENES, EN LAS FARMACIAS DE LAS UNIDADES MÉDICAS. SE REMITE AL PUNTO 1 DEL PROCEDIMIENTO 5.3 DE ESTE MANUAL.
PACIENTE / FAMILIAR	33	RECIBE DEL PROVEEDOR LA DOTACIÓN DE LOS BIENES PRESCRITOS EN EL FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE (FIP-01) O EN SU CASO MODIFICACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN O DATOS DEL PACIENTE (FORMA MPDP-01).
	34	VERIFICA QUE LOS EMPAQUES COLECTIVOS Y LOS BIENES CUMPLAN CON LAS CONDICIONES DE CALIDAD REQUERIDAS POR EL INSTITUTO.





RESPONSABLE	NO. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
	35	REVISIÓN DE LOS BIENES Y ACEPTACIÓN DE LOS BIENES.
	36	FIRMA DE CONFORMIDAD EN EL FORMATO DE CONSTANCIA DE RECEPCIÓN (FORMA CR-01). (EN ORIGINAL Y 2 COPIAS: ORIGINAL PARA LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD HOSPITALARIA, 1 COPIA PARA EL PROVEEDOR Y 1 COPIA PARA EL PACIENTE).
	37	DETECCIÓN DE DESVIACIONES EN EL TRANCURSO DE SU USO.
	38	REPORTA A LA ENFERMERA RESPONSABLE DEL PROGRAMA LAS DESVIACIONES O FALTANTES DE LOS BIENES.
	39	NO ACEPTACIÓN DE LOS BIENES A LA ENTREGA. REPORTA A LA ENFERMERA RESPONSABLE DEL PROGRAMA Y DESCRIBE DESVIACIONES O FALTANTES EN EL RECUADRO DEL FORMATO DE CONSTANCIA DE RECEPCIÓN (FORMATO CR-01).
UNIDAD MÉDICA ENFERMERA RESPONSABLE DEL PROGRAMA	40	RECIBE REPORTE DE DESVIACIONES POR PARTE DEL PACIENTE O FAMILIAR.
	41	DA INDICACIONES INMEDIATAS AL PACIENTE O FAMILIAR, RELATIVAS A LAS ACCIONES A SEGUIR. NOTIFICA AL MÉDICO RESPONSABLE DEL PROGRAMA LA PROBLEMÁTICA REPORTADA.
UNIDAD MÉDICA/MÉDICO RESPONSABLE DEL PROGRAMA	42	ELABORA Y ENVÍA REPORTE DE FALLA AL JEFE DE SERVICIO DE LA UNIDAD MÉDICA, EN EL SUMINISTRO, FALTANTES Y/O DESPERFECTOS EN LOS BIENES.
JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA O MEDICINA INTERNA	43	NOTIFICA AL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA LA EXISTENCIA DE FALLAS EN EL SUMINISTRO FALTANTES O DESPERFECTOS EN LOS BIENES.
DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA	44	REALIZA EL TRÁMITE CORRESPONDIENTE PARA INFORMAR AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO REPORTE DE QUEJA POR ESCRITO.
ADMINISTRADOR DEL CONTRATO	45	APLICA LAS PENAS DEDUCTIVAS CORRESPONDIENTES.
	46	ATIENDE EL REPORTE RECIBIDO MEDIANTE EL REPORTE DE QUEJA, EN CASO DE RESULTAR PROCEDENTE LLEVARÁ A CABO VISITA DE SUPERVISIÓN, EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE Y GESTIONARÁ LAS SANCIONES A LAS QUE SE HAGA ACREEDOR EL PROVEEDOR.

PROCEDIMIENTO SALIDA DEL PACIENTE

RESPONSABLE	NO. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
FAMILIAR RESPONSABLE DEL PACIENTE	1	INFORMA A LA TRABAJADORA SOCIAL DE LA UNIDAD





RESPONSABLE	NO. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
TRABAJADORA SOCIAL RESPONSABLE DEL PROGRAMA	2	INFORMA AL JEFE DE NEFROLOGÍA O MEDICINA INTERNA DE LA BAJA DEL PACIENTE DEL PROGRAMA.
MÉDICO RESPONSABLE DEL PROGRAMA	3	REGISTRA Y ELABORA EL FORMATO MPDP-01, PARA LA BAJA DEL PROGRAMA MODIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN O DATOS DEL PACIENTE.
JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA O MEDICINA INTERNA	4	ENTREGA EL FORMATO MPDP-01, A LA DIRECCIÓN PARA LA FIRMA CORRESPONDIENTE.
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	5	RECIBE EL FORMATO DE MODIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN O DATOS DEL PACIENTE (MPDP-01) Y FIRMA.
	6	ENTREGA EL FORMATO AL SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD MÉDICA.
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD MÉDICA	7	RECIBE FORMATO DE MODIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN O DATOS DEL PACIENTE (MPDP-01).
	8	INFORMA VÍA TELEFÓNICA A "EL PROVEEDOR" PARA QUE SUSPENDA LAS ENTREGAS Y LE ENTREGA EL FORMATO DE MODIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN O DATOS DEL PACIENTE FORMA MPDP-01.
PROVEEDOR	9	RECIBE EL FORMATO MDPD-01 EN ORIGINAL DEL SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD MÉDICA PROCEDE A RECOGER LOS BIENES DE DIÁLISIS DEL DOMICILIO DEL PACIENTE, FUERA DEL PROGRAMA, CON ORDEN DE EMBARQUE Y ENTREGA LOS BIENES A LA UNIDAD MÉDICA CON EL ANEXO T.6 (T PUNTO SEIS) "TABLA DE CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL DPCA, SUSPENDIENDO LAS ENTREGAS SUBSECUENTES (EN ORIGINAL PARA "EL PROVEEDOR" Y 2 (DOS) COPIAS UNA PARA EL MÉDICO RESPONSABLE Y UNA PARA EL PACIENTE O FAMILIAR RESPONSABLE).

PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE PARA LA ELABORACIÓN DEL PEDIDO Y PAGO

RESPONSABLE	NO. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
PROVEEDOR	1	(VIENE DE LA ACTIVIDAD 30 (TREINTA) DEL PROCEDIMIENTO)
	2	ELABORA CONSOLIDADO DE ENTREGAS APEGÁNDOSE A LA FORMA CE-01, (EN ORIGINAL PARA "EL PROVEEDOR", UNA COPIA PARA LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA) QUE AMPARE EL TOTAL DE LOS BIENES ENTREGADOS EN EL MES, SE DARÁ SEGUIMIENTO MENSUAL DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES Y LA OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA.
	3	DENTRO DE LOS 8 (OCHO) DÍAS HÁBILES DEL MES SIGUIENTE AL SUMINISTRO DE BIENES, ENTREGARÁ A LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA O DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE UMAE, EL FORMATO ANTERIOR JUNTO CON LAS CONSTANCIAS DE RECEPCIÓN (FORMA CR-01) Y REMISIÓN DE PEDIDO POR ENTREGAS HOSPITALARIAS, PARA SU AUTORIZACIÓN RESPECTIVA.
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD MÉDICA Y JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA O MEDICINA INTERNA.	4	COTEJAN LOS FORMATOS DE INGRESO DEL PACIENTE (FIP-01), LAS MODIFICACIONES DE PRESCRIPCIÓN O DATOS DEL PACIENTE (MPDP-01) CON EL CONSOLIDADO DE ENTREGAS (CE-01) Y LAS CONSTANCIAS DE RECEPCIÓN (CR-01) Y DETERMINA SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO O RETRASO EN LAS ENTREGAS CONFORME AL CONTRATO CELEBRADO CON "EL PROVEEDOR".
	5	

NOTA: LAS CANTIDADES DE LAS ENTREGAS RELACIONADAS EN EL



RESPONSABLE	NO. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
		FORMATO CONSOLIDADO DE ENTREGAS (CE-01) NO DEBERÁN EXCEDER DE LAS INDICADAS EN LOS FORMATOS (FIP-01) Y EN SU CASO LOS FORMATOS (MPDP-01) Y DEBERÁN COINCIDIR CON EL FORMATO CR-01. ENTREGAN PARA FIRMA DE AUTORIZACIÓN AL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA CON EL SEÑALAMIENTO DE SANCIONES CORRESPONDIENTES.
JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA O MEDICINA INTERNA.	6	ENTREGA MENSUALMENTE A "EL PROVEEDOR" EL LISTADO NOMINAL DE PACIENTES QUE EN ESE MES REQUIERAN DEL RECAMBIO DE LA LÍNEA DE TRANSFERENCIA, ASÍ COMO DE LOS PACIENTES A QUIENES SE LES COLOCÓ CATÉTER DE TENCKHOFF EL MES PREVIO.
DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA	7	FIRMA DE AUTORIZACIÓN EL CONSOLIDADO DE ENTREGAS (CE-01) Y ENTREGA AL SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD MÉDICA, VERIFICANDO SE HAYAN DETERMINADO SANCIONES EN CASO DE INCUMPLIMIENTO O RETRASOS EN LAS ENTREGAS.
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD MÉDICA	8	RECIBE CONSOLIDADO DE ENTREGAS (CE-01) FIRMADO Y ENTREGA ORIGINAL AL PROVEEDOR.
	9	COMUNICA A "EL PROVEEDOR" EN EL CASO DE QUE EN EL TRANCURSO DEL MES SE INCLUYA ALGÚN PACIENTE AL PROGRAMA O HAYA ALGUNA MODIFICACIÓN. NOTA: EN CASO DE BAJA DEL PACIENTE, SE LE INFORMA A "EL PROVEEDOR" POR ESCRITO PARA QUE SUSPENDA LA ENTREGA MEDIANTE EL FORMATO MPDP-01.
PROVEEDOR	10	RECIBE CONSOLIDADO DE ENTREGAS DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA. RECIBE DEL JEFE DE NEFROLOGÍA O DE MEDICINA INTERNA, EL LISTADO NOMINAL DE PACIENTES EN EL PROGRAMA QUE REQUIEREN EN ESE MES DEL RECAMBIO DE SU LÍNEA DE TRANSFERENCIA Y DE LOS PACIENTES A QUIENES SE LES COLOCÓ CATÉTER DE TENCKHOFF EL MES PREVIO.
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD MÉDICA	11	INFORMA TRIMESTRALMENTE AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO ASÍ COMO DE LAS ACCIONES QUE DE ÉSTE SE DERIVEN.
	12	COMUNICA AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO DE ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA Y UMAE, EN EL MOMENTO QUE OCURRA CUALQUIER INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE "EL PROVEEDOR", ANEXANDO SOPORTE DOCUMENTAL.
PROVEEDOR	13	ELABORA REMISIÓN DEL PEDIDO CON LAS CANTIDADES E IMPORTES DE LOS BIENES ENTREGADOS EN EL MES, LOS TOTALES DE IMPORTES Y CANTIDADES DEBERÁN COINCIDIR CON LOS CON LOS DEL CONSOLIDADO DE ENTREGAS.
	14	ENTREGA EN LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ADMINISTRACIÓN DE LA UNIDAD CORRESPONDIENTE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: REMISIÓN DEL PEDIDO. CONSOLIDADO DE ENTREGAS (CE-01) FIRMADO. ESTADÍSTICA DE MOVIMIENTOS MENSUALES A SOLICITUD EXPRESA DE "EL INSTITUTO". ENTREGA A "EL INSTITUTO" EN LA SEDE DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA, UN INFORME MENSUAL DEL EJERCICIO DEL CONTRATO, A FIN DE VIGILAR EL COMPORTAMIENTO DEL MISMO.
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y/O ADMINISTRADOR	15	RECIBE LA REMISIÓN DEL PEDIDO Y EL CONSOLIDADO DE ENTREGAS COTEJA LOS IMPORTES EN AMBOS DOCUMENTOS.
	16	RECABA EN LA REMISIÓN DEL PEDIDO SELLO DEL ÁREA DE FARMACIA DE LA UNIDAD.



RESPONSABLE	NO. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
	17	DE PROCEDER, TURNA LOS DOCUMENTOS AL ÁREA DE ABASTECIMIENTO DE LA PROPIA UNIDAD A FIN DE COTEJAR LOS DOCUMENTOS SUSCEPTIBLES DE PAGO. NOTA: ESTE TRÁMITE SE DEBERÁ LLEVAR A CABO DENTRO DE LOS 3 (TRES) DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU RECEPCIÓN.
ADMINISTRADOR DEL CONTRATO	18	EN CASO DE RESULTAR PROCEDENTE, ORDENARÁ O LLEVARÁ A CABO VISITA DE SUPERVISIÓN A LOS ALMACENES DE "EL PROVEEDOR" Y GESTIONARÁ LAS SANCIONES, A LAS QUE SEAN ACREEDORAS.
ÁREA DE ABASTECIMIENTO DE LA UNIDAD	19	REVISAR LA COPIA DE LA REMISIÓN DEL PEDIDO Y LA INFORMACIÓN RELATIVA A LOS LOTES Y APLICA SELLO EN LA REMISIÓN DEL PEDIDO.
	20	OTORGA EL ALTA EN LA REMISIÓN DEL PEDIDO.
	21	VERIFICA LAS CANTIDADES CONTENIDAS EN LOS DOCUMENTOS.
	22	VERIFICA QUE EL PRECIO Y LAS CANTIDADES CORRESPONDAN A LO PACTADO EN EL CONTRATO.
	23	ELABORA EL PEDIDO U ORDEN DE REPOSICIÓN RESPECTIVA POR MERCANCÍA ENTREGADA, VERIFICANDO EN LOS DOCUMENTOS SI "EL PROVEEDOR" INCURRIÓ EN INCUMPLIMIENTO O RETRASOS EN LAS ENTREGAS, A FIN DE QUE LA ELABORACIÓN DEL MISMO CONSIDERE LA APLICACIÓN DE LA SANCIÓN QUE CORRESPONDA.
	24	EN SU CASO, TURNA LA DOCUMENTACIÓN REFERIDA AL DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y EROGACIONES DE LA PROPIA UNIDAD PARA SU TRÁMITE.
	25	EN SU CASO, ENTREGA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL A "EL PROVEEDOR" JUNTO CON LA REMISIÓN DEL PEDIDO DENTRO DE LOS 3 (TRES) DÍAS NATURALES POSTERIORES A SU RECEPCIÓN.
	26	INTEGRA EXPEDIENTE CON TODA LA DOCUMENTACIÓN, ANEXANDO COPIA DEL ALTA
	27	ENVÍA AL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCENTRALADA, (PREVIA AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR) INFORME DE LAS ADQUISICIONES EFECTUADAS DURANTE EL MES, A FIN DE QUE SE OPEREN LOS CONTROLES CORRESPONDIENTES EN EL SISTEMA DE ABASTO INSTITUCIONAL (SAI).
PROVEEDOR	28	RECIBE LOS ORIGINALES DE LA REMISIÓN Y EL ORIGINAL DEL PEDIDO U ORDEN DE REPOSICIÓN, LOS PRESENTA EN DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y EROGACIONES DEL OOAD CORRESPONDIENTE, JUNTO CON LA FACTURA, PARA SU COBRO.
DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y EROGACIONES DE LA UMAE O DE LA SEDE DELEGACIONAL.	29	RECIBE FACTURA, ORIGINAL DE LA ORDEN DE REPOSICIÓN Y/O PEDIDO Y LA REMISIÓN DEL PEDIDO PARA SU REVISIÓN Y EXPIDE CONTRA RECIBO COTEJANDO LA NO EXISTENCIA DE APLICACIÓN DE SANCIONES. NOTA IMPORTANTE: ESTE PROCEDIMIENTO (ENTREGAS HOSPITALARIAS) PODRÁ LLEVARSE A CABO DIRECTAMENTE EN LA UNIDAD HOSPITALARIA, PARA LO CUAL, EL ALTA LE CORRESPONDERÁ A LA QUE LE ASIGNE LA PROPIA UNIDAD, EL ALTA CON EFECTOS CONTABLES, SE OPERARÁ CON LOS DOCUMENTOS FÍSICOS CREANDO EL PASIVO CONTABLE CORRESPONDIENTE CON AFECTACIÓN A LOS GASTOS INSTITUCIONALES, EVITANDO EL REGISTRO CONTABLE A LAS CUENTAS DE INVENTARIOS.
	30	EN EL CASO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCENTRALADA Y UNA VEZ REVISADA LA DOCUMENTACIÓN SE TURNA A LA TESORERÍA DEL OOAD PARA EL PAGO CORRESPONDIENTE.
PROVEEDOR	31	RECIBE CONTRA-RECIBO Y SE PRESENTA PARA SU COBRO EN LA FECHA SEÑALADA EN LA TESORERÍA.





Table with 3 columns: RESPONSABLE, NO. DE ACTIVIDAD, DESCRIPCIÓN. Contains rows for activities 32, 33, 34, and 35 under the category DELEGACIÓN O UMAE.

NOTA: DEL NÚMERO DE ACTIVIDAD DEL 3 (TRES) AL 36 (TREINTA Y SEIS) DEL NUMERAL SE DEBERÁ LLEVAR A CABO DENTRO DE LOS PRÓXIMOS 8 (OCHO) DÍAS HÁBILES DEL MES SIGUIENTE AL SUMINISTRO Y SE SUSCRIBIRÁ LA FACTURACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SOPORTE O SE ASENTARÁ EN ACTA LAS RAZONES DE NO SUSCRIPCIÓN.

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature





ANEXO T.5.1 (T PUNTO CINCO PUNTO UNO)

FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01

Formulario for patient admission (Formato de ingreso FIP-01) containing sections for hospital data, patient data, family authorization, and dialysis prescription details.





INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01

No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha	Fecha en que se realiza la prescripción médica dd/mm/aaaa
2	Delegación	El nombre de la Delegación /UMAE en que se encuentra la Unidad Médica.
3	Unidad Médica	Unidad Médica en la que recibe el tratamiento el paciente
4	Médico que prescribe	Nombre de médico que prescribe el tratamiento de diálisis peritoneal.
5	Director de la Unidad Médica	Nombre del Director médico que autoriza.
6	Nombre	Nombre del paciente Apellido Paterno , Materno y Nombre
7	UMF de adscripción	Unidad de Medicina Familiar a la que se encuentra adscrito el paciente.
8	Número de Afiliación	Número de seguridad social (10 dígitos sin espacio).
9	Agregado Médico	Agregado médico (8 dígitos).
10	Dirección	Domicilio del paciente que debe contar contener calle, No Exterior, No Interior, Delegación/Municipio, Colonia, Código Postal, Teléfono.
11	Firma del paciente	Firma del paciente que recibe la prescripción
12	Familiares autorizados para recibir el producto.	Firma de un familiar que está autorizado para recibir las bolsas de diálisis.
13	Familiares autorizados para recibir el producto.	Firma de un segundo familiar que está autorizado para recibir las bolsas de diálisis.
14	Cantidad de bolsas de diálisis	Número de bolsas de diálisis que se prescriben de la concentración que se requiere en el caso de que el paciente se encuentre en DPCA o DPA según sea el caso.
15	Programación de la máquina	Parámetros que se programarán a la máquina cicladora en el caso de que el paciente se encuentre en DPA
16	Recambio diurno con bolsa gemela	En el caso de que el paciente se encuentre en DPA y requiera recambio durante el día con bolsa gemela marcar el tipo de concentración que se requiera..
17	Fecha de la salida	Fecha de salida definitiva del programa dd/mm/aaaa
18	Motivo	Indicar alguna de las opciones que causaron la salida del programa
19	Otras causas	Describir si existe alguna otra causa de la salida del programa que no esté descritas en las opciones anteriores.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]



ANEXO T.5.2 (T PUNTO CINCO PUNTO DOS)

FORMATO DE MODIFICACIÓN MPDP-01

Formulario for 'Formato de modificación MPDP-01' with sections: Datos del hospital, Cambio de la Programación de la máquina, Cambio de domicilio del paciente, and Familiares Autorizados para recibir el producto. Includes various fields for patient data, treatment details, and signatures.





INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL FORMATO DE MODIFICACIÓN MPDP-01

NO.	DATO	ANOTAR
1	FECHA	FECHA DE ELABORACIÓN DEL FORMATO DD/MM/AAAA
2	DELEGACIÓN/UMAE	EL NOMBRE DE LA DELEGACIÓN /UMAE EN QUE SE ENCUENTRA LA UNIDAD MÉDICA.
3	UNIDAD MÉDICA	UNIDAD MÉDICA EN LA QUE RECIBE EL TRATAMIENTO EL PACIENTE
4	MÉDICO QUE PRESCRIBE	NOMBRE DE MÉDICO QUE PRESCRIBE EL TRATAMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL.
5	DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA	NOMBRE DEL DIRECTOR MÉDICO QUE AUTORIZA.
6	NOMBRE DEL PACIENTE	APELLIDO PATERNO , MATERNO Y NOMBRE
7	NÚMERO DE AFILIACIÓN	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (10 DÍGITOS SIN ESPACIO)
8	AGREGADO MÉDICO	AGREGADO MÉDICO (8 DÍGITOS).
9	FECHA DE SALIDA / REINGRESO	INDICAR LA FECHA DE LA MODIFICACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN O REINGRESO AL PROGRAMA.
10	MODIFICACIÓN QUE DESEE REALIZAR	INDICAR EN EL CASO DE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE EN DPCA LA CONCENTRACIÓN DE LA BOLSA DE DIÁLISIS QUE SE DESEE MODIFICAR.
11	CANTIDAD DE BOLSAS DE DIÁLISIS	INDICAR EL NÚMERO DE BOLSAS DE LA CONCENTRACIÓN MODIFICADA
12	CAUSA DE LA SALIDA TEMPORAL DEL PROGRAMA	INDICAR DE LAS OPCIONES ENUNCIADAS LA CAUSA DE LA SALIDA TEMPORAL DEL PROGRAMA
13	MODIFICACIÓN DE LA MÁQUINA	EN EL CASO DE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN DPA INDICAR LA PRESCRIPCIÓN DE LA MÁQUINA CICLADORA.
14	TRANSFERENCIA DEL PROGRAMA	INDICAR LA TRANSFERENCIA DEL PROGRAMA SI ES DE DPA A DPCA O DE DPCA A DPA.
15	CAUSA	MENCIONAR LA CAUSA DEL CAMBIO DEL PROGRAMA DE DPA A DPCA O DE DPCA A DPA.
16	RECAMBIO DIURNO CON BOLSA GEMELA	EN EL CASO DE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE EN DPA Y REQUIERA MODIFICACIÓN CON RECAMBIO DURANTE EL DÍA CON BOLSA GEMELA MARCAR EL TIPO DE CONCENTRACIÓN QUE SE REQUIERA.
17	NOMBRE	NOMBRE DEL PACIENTE.- APELLIDO PATERNO , MATERNO Y NOMBRE
18	UMF DE ADSCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR A LA QUE SE ENCUENTRA ADSCRITO EL PACIENTE.
19	NÚMERO DE AFILIACIÓN/ AGREGADO MÉDICO	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (10 DÍGITOS SIN ESPACIO) AGREGADO MÉDICO (8 DÍGITOS).
20	DOMICILIO	ENUNCIAR CALLE, NO EXTERIOR, NO INTERIOR, DELEGACIÓN/MUNICIPIO, COLONIA, CÓDIGO POSTAL, TELÉFONO.
21	FIRMA DEL PACIENTE	FIRMA DEL PACIENTE QUE RECIBE LA MODIFICACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN
22	FAMILIARES AUTORIZADOS PARA RECIBIR EL PRODUCTO.	FIRMA DE UN FAMILIAR QUE ESTÁ AUTORIZADO PARA RECIBIR LAS BOLSAS DE DIÁLISIS.
23	FAMILIARES AUTORIZADOS PARA RECIBIR EL PRODUCTO.	FIRMA DE UN SEGUNDO FAMILIAR QUE ESTÁ AUTORIZADO PARA RECIBIR LAS BOLSAS DE DIÁLISIS.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten number 4]



ANEXO T.5.3 (T PUNTO CINCO PUNTO TRES)

“FORMATO ENTREGA Y RECEPCIÓN CE-01/ CR-01”

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL						
Formato Entrega y Recepción CE-01/ CR-01						
Numero de contrato						
Nombre del proveedor				Datos de la Unidad Médica		
1				2		
Datos del paciente						
Nombre		No Afiliación y Agregado Médico		Fecha de entrega		
Dirección		3		4		
Clave	Presentación de las soluciones de Diálisis	Cantidad prescrita	Existencia en domicilio	Cantidad entregada	Lote	Caducidad
5	6	7	8	9	10	11
12						
Nombre y firma de quien recibe						

[Handwritten signatures and initials in blue ink]





INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL FORMATO ENTREGA Y RECEPCION CE-01/ CR-01

Table with 3 columns: No., DATO, ANOTAR. It lists 12 items for data entry, such as 'Nombre del proveedor', 'Fecha de entrega', and 'Nombre y firma de quien recibe'.

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten number 9



ANEXO T.6 (T PUNTO SEIS)

“TABLA CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL DPCA”

PROVEEDOR	Del	DELEGACION	Tipo	Número	CLV PRES	No. CONTRATO	IMPORTE MENSUAL EJERCIDO	REALIZADO	Modalidad	ME S	Año
(Nombre del Proveedor)	(Número de la Delegación)	(Nombre de la Delegación)	(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 por las Bolsas Entregadas)	(Número de Bolsas Entregadas)	(DPA / DPCA)	(Del 26 al 25 de cada mes)	(Año)
Razón Social	05	Coahuila	HGZMF	16	050901022151	No. Contrato	NNNN.dd	NNNNN	DPA	11	2020

La parte sombreada es un ejemplo

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



ANEXO T.7 (T PUNTO SIETE)

CONTROL DE RECUPERACIÓN DE BIENES/CLAVES DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA)

Form with multiple sections: 1.- RECUPERACIÓN DE BIENES EN DOMICILIO DE PACIENTES, 2.- ENTREGA DE BIENES/ CLAVES EN UNIDAD HOSPITALARIA. Includes fields for patient name, program type, and quantities.

Handwritten signatures in blue ink across the bottom of the page.





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO
“REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR DEL PROGRAMA DE DPCA POR EL PROVEEDOR, PARA EL REGISTRO DE ENTREGAS”**

“EL PROVEEDOR” DEBERÁ GENERAR UN REPORTE QUE CONTENGA EL REGISTRO DE LAS ENTREGAS REALIZADAS A PACIENTES AUTORIZADOS, PARA EL PAGO DE LAS MISMAS.

EL REPORTE DEBERÁ SERÁ GENERADO EN UN FORMATO DE DATOS BASADO EN EL ESTÁNDAR ECMA-262 DE JAVASCRIPT CONOCIDO COMO **JSON** (JAVASCRIPT OBJECT NOTATION) EL CUAL ES UN FORMATO DE INTERCAMBIO DE DATOS LIGERO, BASADO EN TEXTO Y EN UN SUBCONJUNTO DE NOTACIÓN LITERAL DEL LENGUAJE DE PROGRAMACIÓN EL CUAL PRESENTA LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS Y VENTAJAS:

- OFRECE TIPOS DE DATOS ESCALARES Y LA CAPACIDAD DE EXPRESAR DATOS ESTRUCTURADOS A TRAVÉS DE MATRICES Y OBJETOS.
 - COMPATIBLE CON MATRICES NATIVAS.
 - COMPATIBLE CON OBJETOS NATIVOS.
 - RECONOCE EL VALOR NULL DE FORMA NATIVA.
 - SIN CONCEPTO DE ESPACIOS DE NOMBRES. LOS CONFLICTOS PARA ASIGNAR NOMBRES SE EVITAN GENERALMENTE MEDIANTE EL ANIDADO DE OBJETOS O EL USO DE UN PREFIJO EN EL NOMBRE DE UN MIEMBRO DE OBJETO
 - DECISIONES DE FORMATO SENCILLAS. PROPORCIONA UNA ASIGNACIÓN MUCHO MÁS DIRECTA PARA LOS DATOS DE APLICACIÓN. LA ÚNICA EXCEPCIÓN PUEDE SER LA AUSENCIA DEL LITERAL DE FECHA/HORA.
 - LA SINTAXIS ES MUY CONCISA Y DA COMO RESULTADO TEXTO CON FORMATO EN EL QUE LA MAYOR PARTE DEL ESPACIO (CON TODA LA RAZÓN) LO CONSUMEN LOS DATOS REPRESENTADOS.
 - NO SE NECESITA CÓDIGO DE APLICACIÓN ADICIONAL PARA ANALIZAR TEXTO; SE PUEDE USAR LA FUNCIÓN EVAL DE JAVASCRIPT
- JSON ESTÁ CONSTITUIDO POR DOS ESTRUCTURAS:
- UNA COLECCIÓN DE PARES DE NOMBRE/VALOR. EN VARIOS LENGUAJES ESTO ES CONOCIDO COMO UN OBJETO, REGISTRO, ESTRUCTURA, DICCIONARIO, TABLA HASH, LISTA DE CLAVES O UN ARREGLO ASOCIATIVO.
 - UNA LISTA ORDENADA DE VALORES. EN LA MAYORÍA DE LOS LENGUAJES, ESTO SE IMPLEMENTA COMO ARREGLOS, VECTORES, LISTAS O SECUENCIAS.

CADA REGISTRO DE ENTREGAS DEL PROGRAMA DE DPCA REQUIERE LOS SIGUIENTES DATOS:

- CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD MÉDICA
- NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
- AGREGADO MÉDICO
- PRIMER APELLIDO
- SEGUNDO APELLIDO
- NOMBRES
- TIPO DE EVENTO
- FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA
- CONTRATO
- FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN
- POR CADA TIPO DE BOLSA
 - CLAVE CBSS
 - DESCRIPCIÓN
 - LOTE
 - CADUCIDAD
 - COMENTARIOS
 - DETALLAR LAS CANTIDADES
 - CANTIDAD PRESCRITA
 - CANTIDAD ENVIADA
 - CANTIDAD ENTREGADA
 - EXISTENCIA FÍSICA





ATO	NOMBRE DEL OBJETO	TIPO DE DATO	LONGITUD DEL DATO	PRESENTACIÓN DEL DATO	RESTRICCIONES	REQUERIDO/ OPCIONAL	CATÁLOGO O S/N
CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD MÉDICA	CLAVEPRESUPUESTAL	STRING	12			REQUERIDO	
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NSS	STRING	10			REQUERIDO	
AGREGADO MÉDICO	AGREGADOMEDICO	STRING	8			REQUERIDO	
PRIMER APELLIDO	PRIMERAPELLIDO	STRING	50			REQUERIDO	
SEGUNDO APELLIDO	SEGUNDOAPELLIDO	STRING	50			OPCIONAL	
NOMBRES	NOMBRES	STRING	50			REQUERIDO	
TIPO DE EVENTO	TIPOEVENTO	STRING	2			REQUERIDO	S
FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA	FECHAINGRESOPROGRAMA	STRING	-	AAAA-MM-DDTHH:MM:SS.SSS	SE REQUIERE UN FORMATO DE 24 HRS	REQUERIDO	
CONTRATO	CONTRATO	STRING	25			REQUERIDO	S
FECHA DE RECEPCIÓN	FECHARECEPCION	STRING	-	AAAA-MM-DDTHH:MM:SS.SSS	SE REQUIERE UN FORMATO DE 24 HRS	REQUERIDO	
POR CADA TIPO DE BOLSA	BOLSAS	ARRAY	-			REQUERIDO	
CLAVE CBSS	CBSS	STRING	12			REQUERIDO	
DESCRIPCIÓN	DESCRIPCION	STRING	100			REQUERIDO	
LOTE	LOTE	STRING	20			REQUERIDO	
CADUCIDAD	CADUCIDAD	STRING	-	AAAA-MM-DDTHH:MM:SS.SSS	SE REQUIERE UN FORMATO DE 24 HRS	REQUERIDO	
COMENTARIOS	COMENTARIOS	STRING	200			REQUERIDO	
DETALLAR LAS CANTIDADES	CANTIDADES	OBJECT	-			REQUERIDO	
CANTIDAD PRESCRITA	PRESCRITA	NUMBER	-			REQUERIDO	
CANTIDAD ENVIADA	ENVIADA	NUMBER	-			REQUERIDO	
CANTIDAD ENTREGADA	ENTREGADA	NUMBER	-			REQUERIDO	
EXISTENCIA FÍSICA	EXISTENCIAFISICA	NUMBER	-			REQUERIDO	

EJEMPLO:

```
{
"CLAVEPRESUPUESTAL": "0101010101",
"NSS": "0366503000",
"AGREGADOMEDICO": "5F1950PE",
"PRIMERAPELLIDO": "MORENO",
"SEGUNDOAPELLIDO": "ALMENDAREZ",
"FECHAINGRESOPROGRAMA": "2012-10-01T01:01:01.000",
"FECHARECEPCION": "2012-10-01T01:01:01.000",
"NOMBRES": "MA RAQUEL",
"TIPOEVENTO": "DP",
}
```



"CONTRATO" : "B-0156389",
"BOLSAS" : [{
"CBSS" : "",
"LOTE" : "",
"CADUCIDAD" : "",
"CANTIDADES" : {
"PRESCRITA" : 10,
"ENVIADA" : 10,
"ENTREGADA" : 10,
"EXISTENCIAFISICA" : 10
},
"DESCRIPCION" : "",
"COMENTARIOS" : ""
}]
}

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]





ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

SE MUESTRA DE MANERA INFORMATIVA EL TEXTO CORRESPONDIENTE AL ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD QUE DEBERA PRESENTARSE A FIRMAR, EN LAS OFICINAS DE LA DSDICDS EL REPRESENTANTE LEGAL CON FACULTADES LABORALES DEL PROVEEDOR ADJUDICADO.

MEXICO D.F., A DE DE 20

POR MEDIO DEL PRESENTE, NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL EN MI CARACTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD NOMBRE DEL PROVEEDOR O RAZON SOCIAL (EN ADELANTE EL PRESTADOR) MANIFIESTO QUE CUALQUIER INFORMACION ORAL O ESCRITA QUE SEA PROPORCIONADA CON MOTIVO DE TRABAJO A REALIZAR PARA EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (EN ADELANTE EL INSTITUTO), SERA TRATADA DE ACUERDO A LAS SIGUIENTES:

CLASULAS

PRIMERA.- INFORMACION CONFIDENCIAL.- PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE ACUERDO, EL TERMINO INFORMACION O INFORMACION CONFIDENCIAL SIGNIFICA TODOS LOS DATOS, CONVERSACIONES TELEFONICAS, MENSAJES DE AUDIO, MENSAJES DE GRABADORAS, CINTAS MAGNETICAS, PROGRAMAS DE COMPUTO Y SUS CODIGOS FUENTE ENTRE OTROS MEDIOS DE COMUNICACION, TALES COMO LA INFORMACION CONTENIDA EN DISCOS COMPACTOS (CD), MENSAJES DE DATOS ELECTRONICOS (CORREOS ELECTRONICOS), MEDIOS OPTICOS O DE CUALQUIER OTRA TECNOLOGIA O CUALQUIER OTRO MATERIAL QUE CONTENGA INFORMACION JURIDICA, OPERATIVA, TECNICA, FINANCIERA O DE ANALISIS, REGISTROS, DOCUMENTOS, ESPECIFICACIONES, PRODUCTOS, INFORMES, DICTAMENES Y DESARROLLOS A QUE TENGA ACCESO O QUE LE SEAN PROPORCIONADOS POR EL INSTITUTO.

DE IGUAL FORMA, SERA CONSIDERADA COMO CONFIDENCIAL AQUELLA INFORMACION DERIVADA DE LA EJECUCION DEL SERVICIO QUE PRESTE EL PRESTADOR QUE SEÑALE EL INSTITUTO Y SEA PROPIEDAD EXCLUSIVA DE ESTE.

SEGUNDA.- OBLIGACION DE NO-DIVULGACION.- EL PRESTADOR RECONOCE QUE QUEDA PROHIBIDA SU DIFUSION Y/O UTILIZACION TOTAL O PARCIAL EN SU FAVOR O DE TERCEROS AJENOS A LA RELACION CONTRACTUAL, POR CUALQUIER MEDIO, ENTRE OTROS DE MANERA ENUNCIATIVA MAS NO LIMITATIVA: VIA ORAL, IMPRESA, ELECTRONICA, MAGNETICA, OPTICA Y EN GENERAL POR NINGUN MEDIO CONOCIDO O POR DESARROLLAR, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE PARTICULARES (LFPDPPP), LEY DE LA PROPIEDAD INDUSTRIAL Y DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA. SI NO SE CUMPLEN LOS TERMINOS DE LAS LEYES ANTES MENCIONADAS SERAN SANCIONADOS EN BASE A LO QUE ESTIPULE CADA UNA DE LAS MISMAS.

EN ESTE SENTIDO, ACEPTA QUE LA PROHIBICION SEÑALADA EN EL PARRAFO ANTERIOR, COMPRENDE INCLUSIVE, EN FORMA ENUNCIATIVA MAS NO LIMITATIVA, QUE NO SE PODRA LLEVAR A CABO LA DIFUSION DE LA INFORMACION CON FINES DE LUCRO, COMERCIALES, ACADMICOS, EDUCATIVOS O PARA CUALQUIER OTRO, POR LO QUE EL PRESTADOR SE RESPONSABILIZA DEL USO Y CUIDADO DE LA INFORMACION, A NOMBRE PROPIO Y DE LAS PERSONAS QUE FORMEN PARTE DEL MISMO, ASI COMO DEL PERSONAL DIRECTIVO, ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO QUE LAS CONFORMEN.

ADICIONALMENTE, EL PRESTADOR SE OBLIGA A LO SIGUIENTE:

- 1) UTILIZAR TODA LA INFORMACION A QUE TENGA ACCESO O GENERADA CON MOTIVO DE SU PRESTACION DE SERVICIO ANTE EL INSTITUTO UNICAMENTE PARA CUMPLIMENTAR EL OBJETO DEL CONTRATO ADJUDICADO.
2) LIMITAR LA REVELACION DE LA INFORMACION Y DOCUMENTACION A QUE TENGA ACCESO, UNICAMENTE A LAS PERSONAS QUE DENTRO DE SU PROPIA ORGANIZACION SE ENCUENTREN AUTORIZADAS PARA CONOCERLA, HACIENDO RESPONSABLE DEL USO QUE DICHAS PERSONAS PUEDAN HACER DE LA MISMA.
3) NO HACER COPIAS DE LA INFORMACION, SIN LA AUTORIZACION POR ESCRITO DE EL INSTITUTO.





- 4) NO REVELAR A NINGÚN TERCERO LA INFORMACIÓN, SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE "EL INSTITUTO".
- 5) MANTENER ESTRUCTA 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 REGISTRÁ 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 TOKIO 80, 4º PISO, COL JUÁREZ, ALCALDÍA CUAUHTÉMOC, CDMX, C.P. 06600 EL [DÍA] DE [MES] DE 201[AÑO].

[NOMBRE DEL PROVEEDOR
ADJUDICADO]

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE
LEGAL CON FACULTADES LABORALES





ANEXO TI 3 (TI TRES)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO
DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS

[HOJA MEMBRETADA POR EL PROVEEDOR DEL SERVICIO]

[LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL OFICIO]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ATENCIÓN:

M. TERESITA DE JESUS MIRANDA SALGADO

TITULAR DE LA DIVISIÓN DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DIGITAL DE LA SALUD
P R E S E N T E

Estimado [TITULAR DE LA DIVISIÓN AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN] 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 persona(s) responsable(s) de establecer comunicación entre el Instituto y nuestra representada para todo lo referente al Sistema de Información, de acuerdo al Anexo TI 3 (TI TRES), 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 contrato [NUMERO DE CONTRATO VIGENTE ENTRE EL PROVEEDOR Y EL INSTITUTO] de fecha [LA FECHA DEL CONTRATO] como prestación del Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, del Instituto Mexicano del Seguro Social de la delegación [DELEGACIÓN O UNIDAD MÉDICA].

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos.

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





Los aspectos jurídicos del presente documento fueron validados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Durango del Instituto Mexicano del Seguro Social, en fecha 19 de julio de 2022, en cumplimiento a lo dispuesto en los artículo 144, último párrafo, y 145 del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, los numerales 7.2.16, 7.2.16.1, 7.2.16.1.1 y 7.2.16.1.2 de la Norma para la Atención, Trámite y Seguimiento de los Asuntos Consultivos del IMSS y los numerales 8.1, 8.1.3 y 8.1.3.1 del Manual de Organización de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos, con base en el dictamen elaborado al Contrato SEIA221003180071, recibido en esta jefatura en fecha 19 de julio de 2022, se registra bajo el número: **DQ/JSJ/DC/CABDPCA HGZIHGZ46/2022/283.**

La validación jurídica se efectuó sin prejuzgar sobre la justificación, procedimiento, términos y condiciones de la contratación, ni del resultado de la investigación de mercado correspondiente, ni se pronuncia sobre la procedencia y/o viabilidad de los aspectos técnicos, económicos y las demás circunstancias que determinaron procedentes las áreas requirente, técnica y/o contratante.

Lic. Veronica Ines Ruacho Estrada.

Jefa del Departamento Contencioso de la Jefatura de Servicios Jurídicos del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Durango del Instituto Mexicano del Seguro Social.



JEFATURA DE SERVICIOS JURÍDICOS

Lic. José Antonio Carrillo Favela.
Abogado Procurador E.O.



11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

The above information was obtained from a source who has provided reliable information in the past. It is being furnished to you for your information only. It is not to be disseminated outside your agency without the express approval of the source. The source is being provided to you for your information only. It is not to be disseminated outside your agency without the express approval of the source.

OTI TEXTI MIS

The above information was obtained from a source who has provided reliable information in the past. It is being furnished to you for your information only. It is not to be disseminated outside your agency without the express approval of the source.

The above information was obtained from a source who has provided reliable information in the past. It is being furnished to you for your information only. It is not to be disseminated outside your agency without the express approval of the source.

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET