CONTRATO NÚMERO SEIN221003170001

CONTRATO ABIERTO PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES PARA EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) 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, 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:

D E C L A R A C I O N E S

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 CONSECUCIÓN 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 FONTICOBA**, 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. JOSÉ VALERIANO IBAÑEZ DE LA ROSA**, TITULAR 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 ULTIM,O 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. EL **DR. JOSÉ VALERIANO IBAÑEZ DE LA ROSA**, TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS Y EL **I.S.C. JESÚS HERNÁN LONGORIA LARA**, COORDINADOR DE INFORMÁTICA, LA **DRA. MARÍA EUGENIA GAMBOA BARRAGAN**, DIRECTORA DE EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 1 (UNO), Y EL **DR. FRANCISCO JAVIER LIRA GARCIA** DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 46 (CUARENTA Y SEIS)

DE GÓMEZ PALACIO, DGO DE "**EL INSTITUTO**" INTERVIENEN EN LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO COMO RESPONSABLES DE REPORTAR INCUMPLIMIENTOS EN QUE INCURRA "**EL PROVEEDOR**".

I.8. 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 NÚMERAL 5.3.9 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EL **DR. HECTOR CARLOS SANCHEZ SALAZAR,** JEFE DE MECINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 1 (UNO) DE LA CIUDAD DE DURANGO, DGO. Y EL **DR. JORGE ANTONIO MORENO MACÍAS,** JEFE DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 46 (CUARENTA Y SEIS) DE LA CIUDAD DE GÓMEZ PALACIO, DGO., EFECTUARÓN LA EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA CORRESPONDIENTE.

I.9. PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES Y LA REALIZACIÓN DE SUS ACTIVIDADES, REQUIERE DE LA ADQUISICIÓN DE BIENES PARA EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) 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).

I.10. PARA CUBRIR LAS EROGACIONES QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO, CUENTA CON RECURSOS DISPONIBLES SUFICIENTES, NO COMPROMETIDOS, EN LA PARTIDA PRESUPUESTAL NÚMERO **42060317** DE CONFORMIDAD CON EL CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO NÚMERO **0000014327-2022**.

"EL PRESUPUESTO DEFINITIVO A EJERCER ESTÁ SUJETO A LA APROBACIÓN DEL PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN PARA EL EJERCICIO FISCAL 2022 POR PARTE DE LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS, POR LO QUE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL QUEDAN SUJETAS PARA FINES DE EJECUCIÓN Y PAGO A LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA CON LA QUE SE APRUEBE POR LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS EN TÉRMINOS DE LOS SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 42 DE LA LEY FEDERAL DE PRESUPUESTO Y RESPONSABILIDAD HACENDARIA, SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL."

I.11. EL PRESENTE CONTRATO FUE ADJUDICADO A **"EL PROVEEDOR"** MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NÚMERO **LA-050GYR010-E375-2021**, 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 I, 26 BIS FRACCIÓN II, 28 FRACCIÓN I, 29, 30, 32, 33, 33 BIS, 34, 35, 36, 36 BIS, 37 Y 37 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 39, 42, 46, 47 Y 48 DE SU REGLAMENTO.

I.12. CON FECHA **29 DE DICIEMBRE DE 2021**, LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO, DEPENDIENTE DE LA JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL DURANGO, EMITIÓ EL ACTA DE FALLO DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN MENCIONADO EN LA DECLARACIÓN QUE ANTECEDE.

I.13. 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.14. 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 CONVOCATORIA A LA LICITACIÓN PÚBLICA Y EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, PREVALECERÁ LO ESTABLECIDO EN LA CONVOCATORIA RESPECTIVA

I.15. 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 15,329 (QUINCE MIL TRESCIENTOS VEINTINUEVE), VOLUMEN 356 (TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS) DEL 05 DE OCTUBRE DE 1945, OTORGADA ANTE LA FE DEL **LICENCIADO JOSÉ BANDERA OLAVARRIA**, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 28 (VEINTIOCHO) DE LA CIUDAD DE MÉXICO, INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y EL COMERCIO CON FOLIO [illegible], SECCIÓN

COM., VOLUMEN 204, TOMO 3°, A FOJAS 222, ASIENTO 118, EN LA CIUDAD DE MÉXICO, DE FECHA 14 DE AGOSTO DE 1979.

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

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

II.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.

II.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.

II.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 JIUTEPEC, MORELOS, TELÉFONO 777 3296 0000 Y/O 811 1244 5425, CORREO ELECTRÓNICO monica_benitez@baxter.com; gerardo_moreno@baxter.com

II.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".**

II.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.

II.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), EN EL QUE SE IDENTIFICA LA CANTIDAD MÍNIMA DE BIENES COMO COMPROMISO DE ADQUISICIÓN Y LA CANTIDAD MÁXIMA DE BIENES SUSCEPTIBLES DE ADQUISICIÓN.

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 **$522,720.00 (SON: QUINIENTOS VEINTIDÓS MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M.N.),** Y UN PRESUPUESTO MÁXIMO SUSCEPTIBLE DE SER EJERCIDO POR LA CANTIDAD DE **$1,306,800.00 (SON: UN MILLON TRESCIENTOS SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS 00/100 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 MEXICO, PARA LA VALIDACIÓN DE DICHOS COMPROBANTES **"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ CARGAR EN INTERNET, A TRAVÉS DEL PORTAL DE SERVICIOS A PROVEEDORES DE LA PÁGINA DE **"EL INSTITUTO"**, EL ARCHIVO EN FORMATO XML., LA VALIDEZ DE LOS MISMOS SERÁ DETERMINADA DURANTE LA CARGA Y ÚNICAMENTE LOS COMPROBANTES VALIDOS SERÁN PROCEDENTES PARA PAGO.

"EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A NO CANCELAR ANTE EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA (SAT) LOS COMPROBANTES FISCALES DIGITALES A FAVOR DE **"EL INSTITUTO"**, PREVIAMENTE VALIDADOS EN EL PORTAL DE SERVICIOS A PROVEEDORES, SALVO JUSTIFICACIÓN Y COMUNICACIÓN POR PARTE DEL MISMO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO PARA SU AUTORIZACIÓN EXPRESA, DEBIENDO ESTE INFORMAR AL ÁREA DE TRÁMITE DE EROGACIONES DE DICHA JUSTIFICACIÓN Y REPOSICIÓN DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL EN SU CASO.

"EL PROVEEDOR" ENTREGARÁ LA REPRESENTACIÓN IMPRESA DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL (FACTURA ELECTRÓNICA) Y DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA QUE ACREDITE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE CONFORMIDAD CON LO NORMADO EN EL ¨PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, GLOSA Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA TRÁMITE DE PAGO Y CONSTITUCIÓN DE FONDOS FIJOS¨ Y SE INDIQUE EN DICHA DOCUMENTACIÓN LOS SERVICIOS PRESTADOS, NÚMERO DE PROVEEDOR, NÚMERO DE CONTRATO, NÚMERO DE FIANZA Y DENOMINACIÓN SOCIAL DE LA AFIANZADORA, PARA SU AUTORIZACIÓN AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, A MÁS TARDAR A LOS 3 (TRES) DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA FECHA DE ENTREGA PARA SU VALIDACIÓN. LA PRESENTACIÓN IMPRESA DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL (FACTURA ELECTRÓNICA) DEBERÁ REFERIR LA RELACIÓN DE BIENES INHERENTES A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

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

EL PAGO SE EFECTUARÁ EN PESOS MEXICANOS A LOS 20 (VEINTE) DÍAS NATURALES POSTERIORES A AQUEL EN QUE **"EL PROVEEDOR"** PRESENTE LA REPRESENTACIÓN IMPRESA DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL, PREVIA VALIDACIÓN Y AUTORIZACIÓN POR LA ADMINISTRADORA O ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SEGÚN CORRESPONDA, SIEMPRE Y CUANDO SE CUENTE CON LA SUFICIENCIA PRESUPUESTAL, ASÍ COMO CON LA DOCUMENTACIÓN 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 MÉDICA) DOCUMENTOS QUE DEBERÁN PRESENTARSE EN EL ÁREA DE TRÁMITE DE EROGACIONES DE LA JEFATURA DELEGACIONAL DE FINANZAS UBICADA EN CALLE JUÁREZ NÚMERO 104 SUR, ZONA CENTRO CÓDIGO POSTAL 34000, DURANGO, DGO., DE LUNES A VIERNES EN UN HORARIO 9:00 A 13:00 HORAS

EN CASO DE APLICAR, DE IGUAL MANERA **"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ DE ENTREGAR NOTA DE CRÉDITO A FAVOR DE **"EL INSTITUTO"** POR EL IMPORTE DE LA APLICACIÓN DE LA PENA CONVENCIONAL Y/O DEDUCCIONES POR ATRASO O DEFICIENCIAS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

EL PAGO SE REALIZARÁ MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS, A TRAVÉS DEL ESQUEMA ELECTRÓNICO INTERBANCARIO QUE **"EL INSTITUTO"**, TIENE EN OPERACIÓN, PARA TAL EFECTO **"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A PROPORCIONAR EN SU OPORTUNIDAD EL NÚMERO 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 DEPOSITARÁ EN LA FECHA PROGRAMADA DE PAGO A TRAVÉS DEL ESQUEMA INTRABANCARIO SI LA CUENTA BANCARIA DE **"EL PROVEEDOR"** ESTÁ CONTRATADA CON BANORTE, BBVA BANCOMER, HSBC O SCOTIABANK

Y A TRAVÉS DEL ESQUEMA INTERBANCARIO VÍA SPEI (SISTEMA DE PAGOS ELECTRÓNICOS INTERBANCARIOS) SI LA CUENTA PERTENECE A UN BANCO DISTINTO A LOS MENCIONADOS.

ASIMISMO, **"EL INSTITUTO"** PODRÁ ACEPTAR A SOLICITUD DE **"EL PROVEEDOR"**, QUE EN EL SUPUESTO DE QUE TENGA CUENTAS LÍQUIDAS 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 ARTÍCULO 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 PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

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"**.

EL PAGO DEL SERVICIO, QUEDARÁ CONDICIONADO PROPORCIONALMENTE AL PAGO QUE **"EL PROVEEDOR"** DEBA EFECTUAR POR CONCEPTO DE PENAS CONVENCIONALES.

CUARTA.- PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES.- LA PRIMERA ENTREGA DE CONSUMIBLES PARA EL PACIENTE LA REALIZARÁ **"EL PROVEEDOR"** DENTRO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES A PARTIR DE 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 A (T.CINCO A) "MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL, REGISTRO CONTABLE Y TRÁMITE DE PAGO DE LA ENTREGA DOMICILIARIA DE LOS BIENES PARA DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)"** DE ESTE CONTRATO, LO QUE DEBERÁ REFLEJARSE EN LA FACTURA CORRESPONDIENTE AL CICLO DE ENTREGA.

LA ENTREGA DE LOS BIENES SERÁ REALIZADA DIRECTAMENTE EN LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA), LOS CUALES SERÁN PROPORCIONADOS A **"EL PROVEEDOR"**, POR LOS JEFES DE SERVICIOS DE LAS UNIDADES SEÑALADAS EN EL **ANEXO T.2 (T PUNTO DOS) "DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)"**, POR LA DIRECCIÓN MÉDICA RESPONSABLE DEL PROGRAMA O QUIEN **"EL INSTITUTO"** DESIGNE.

"EL PROVEEDOR" SE COMPROMETE A ENTREGAR EN COMODATO UN "EQUIPO ELECTRO MÉDICO QUE REGULE AUTOMÁTICAMENTE LOS INTERCAMBIOS DE SOLUCIÓN DIALIZANTE EN PACIENTE CON DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)", CLAVE 531.829.0599 DEL CUADRO BÁSICO INTERINSTITUCIONAL E INSTITUCIONAL, EL CUAL DEBE APEGARSE ESTRICTAMENTE AL CONTENIDO DEL **ANEXO T.4.B (T PUNTO CUATRO PUNTO B) "CÉDULA DE DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO ELECTROMÉDICO QUE REGULA AUTOMÁTICAMENTE LOS INTERCAMBIOS DE SOLUCIÓN DIALIZANTE, CON DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)"** Y ENTREGARSE EN EL DOMICILIO DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) DENTRO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES A PARTIR DE QUE SE RECIBA EL FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01, Y RETIRARSE DEL DOMICILIO DEL PACIENTE 15 (QUINCE) DÍAS POSTERIORES A LA CONCLUSIÓN DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

"EL PROVEEDOR" SE COMPROMETE A ENTREGAR EN COMODATO 3 (TRES) "EQUIPOS ELECTRO MÉDICOS QUE REGULE AUTOMÁTICAMENTE LOS INTERCAMBIOS DE SOLUCIÓN DIALIZANTE EN PACIENTE CON DPA", CLAVE 531.829.0599 DEL CUADRO BÁSICO INTERINSTITUCIONAL E INSTITUCIONAL, EL CUAL DEBE APEGARSE

ESTRICTAMENTE AL CONTENIDO DEL **ANEXO T.4.B (T.CUATRO.B) "CÉDULA DE DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO ELECTROMÉDICO QUE REGULA AUTOMÁTICAMENTE LOS INTERCAMBIOS DE SOLUCIÓN DIALIZANTE, CON DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)"** Y ENTREGARSE EN EL DOMICILIO DE LAS UNIDADES MÉDICAS REFERENCIADAS EN EL **ANEXO T.2 (T.DOS) "DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)"** DENTRO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DEL FALLO, Y RETIRARSE DEL DOMICILIO DE LAS UNIDADES MÉDICAS A LOS 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA CONCLUSIÓN DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

LOS EQUIPOS DEBERÁN SER PUESTOS EN OPERACIÓN EN LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DPA, CONFORME A LA INSTALACIÓN Y FUNCIONALIDAD INHERENTE A CADA UNO DE ELLOS.

LAS SOLUCIONES DE DIÁLISIS QUE ENTREGUE **"EL PROVEEDOR"** DEBERÁN APEGARSE ESTRICTAMENTE A LAS ESPECIFICACIONES, DESCRIPCIONES, PRESENTACIONES Y DEMÁS CARACTERÍSTICAS QUE SE INDICAN 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 AUTOMATIZADA (DPA)"** Y **ANEXO T.4.B (T PUNTO CUATRO PUNTO B) "CÉDULA DE DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO ELECTROMÉDICO QUE REGULA AUTOMÁTICAMENTE LOS INTERCAMBIOS DE SOLUCIÓN DIALIZANTE, CON DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)"**. LOS EQUIPOS QUE ENTREGUE **"EL PROVEEDOR"** DEBERÁN ESTAR EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO, ASÍ MISMO **NO** DEBERÁ ENTREGAR BIENES FABRICADOS CON LAS LEYENDAS "ONLY EXPORT" NI "ONLY INVESTIGATION".

EL EQUIPO DEBERÁ CORRESPONDER A UN "EQUIPO ELECTRO MÉDICO QUE REGULE AUTOMÁTICAMENTE LOS INTERCAMBIOS DE SOLUCIÓN DIALIZANTE CON DPA, CLAVE 531.829.0599 DEL CUADRO BÁSICO INTERINSTITUCIONAL E INSTITUCIONAL, EL CUAL DEBE APEGARSE ESTRICTAMENTE AL CONTENIDO DEL **ANEXO T.4.B (T PUNTO CUATRO PUNTO B) "CÉDULA DE DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO ELECTROMÉDICO QUE REGULA AUTOMÁTICAMENTE LOS INTERCAMBIOS DE SOLUCIÓN DIALIZANTE, CON DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)"** DE ESTE ANEXO TÉCNICO, ENTREGARSE EN EL DOMICILIO DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) DENTRO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES A PARTIR DE QUE SE RECIBA EL FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01, A PARTIR DE QUE EL PACIENTE CUENTE CON LA LÍNEA DE TRANSFERENCIA COMPATIBLE CON **"EL PROVEEDOR"** Y RETIRARSE DEL DOMICILIO DEL PACIENTE 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA CONCLUSIÓN DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

"EL PROVEEDOR" EN LA PRIMER ENTREGA DOTARÁ DE UNA TARIMA PARA QUE EL ALMACENAMIENTO DE LOS BIENES EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE NO SE REALICE DIRECTAMENTE EN EL PISO, DESHECHANDO POSIBLES CONTAMINACIONES 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 DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS DEL **ANEXO T.2 (T PUNTO DOS) "DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)"** QUE REQUIERAN EL SERVICIO DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA). LA ENTREGA SE REALIZARÁ DENTRO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES A PARTIR DE LA SOLICITUD DE LA UNIDAD.

LOS BIENES A ENTREGAR A LOS PACIENTES, SERÁN DE CUALQUIERA DE LAS CONCENTRACIONES 1.5% (UNO PUNTO CINCO POR CIENTO), 2.5% (DOS PUNTO CINCO POR CIENTO) Y 4.25% (CUATRO PUNTO VEINTICINCO PORCIENTO) PRESCRITAS POR LOS MÉDICOS RESPONSABLES DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA), 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)**, MPDP-01 **ANEXO T.5.2 (T PUNTO CINCO PUNTO DOS)** Y EL **ANEXO T.5.A (T PUNTO CINCO PUNTO A)** DE ESTE CONTRATO.

POR NECESIDAD 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 LE NOTIFICARÁ A **"EL PROVEEDOR"** VÍA CORREO ELECTRÓNICO 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 LOS BIENES PARA DÍALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) 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 AUTOMATIZADA (DPA)" Y **T.4.B (T PUNTO CUATRO PUNTO B) "CÉDULA DE DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO ELECTROMÉDICO QUE REGULA AUTOMÁTICAMENTE LOS INTERCAMBIOS DE SOLUCIÓN DIALIZANTE, CON DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)**" DE ESTE CONTRATO, DIRECTAMENTE EN LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES AUTORIZADOS, QUIENES PREVIAMENTE OTORGARON SU CONSENTIMIENTO PARA ESTE SERVICIO, CUMPLIENDO CON EL MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL, REGISTRO CONTABLE Y TRÁMITE DEL PAGO **ANEXO T.5 A (T PUNTO CINCO A) "MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL, REGISTRO CONTABLE Y TRÁMITE DE PAGO DE LA ENTREGA DOMICILIARIA DE LOS BIENES PARA DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)"**.

"EL PROVEEDOR" CARGARÁ AL APLICATIVO PROPORCIONADO POR **"EL INSTITUTO"** EL FORMATO CORRESPONDIENTE, ESTABLECIDO EN EL **ANEXO T.8 (T PUNTO OCHO)) "CONTROL DE RECUPERACIÓN DE BIENES / CLAVES DE DIÁLISIS PERITONEAL (DPCA Y DPA)"** PARA EL REGISTRO DE ENTREGAS, DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES DE CADA MES SIGUIENTE DEL MES A REPORTAR, EL CUAL SOPORTARÁ LOS BIENES EFECTIVAMENTE ENTREGADOS POR **"EL PROVEEDOR"** CONFORME A LA PERIODICIDAD Y LUGAR QUE INDIQUE CADA DIRECTOR DE LA UNIDAD CORRESPONDIENTE, PARA SU VALIDACIÓN Y APROBACIÓN POR EL PERSONAL DESIGNADO POR EL DIRECTOR DE LA UNIDAD. DICHO FORMATO AMPARA A NIVEL NOMINAL LA FACTURA ENTREGADA.

"EL INSTITUTO" NO OTORGARÁ AMPLIACIONES AL PLAZO DE ENTREGA DE LOS BIENES ESTABLECIDO EN ESTE CONTRATO.

CONDICIONES DE ENTREGA

"EL PROVEEDOR" RECABARÁ EN CADA ENTREGA, 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"**, PODRÁN SER ENTREGADOS CON EMPAQUE SECTOR SALUD O CON ETIQUETADO COMERCIAL, CON SELLO O SOBREIMPRESIÓN CON LA CLAVE DEL SECTOR SALUD, ASÍ MISMO AL ENTREGAR LOS BIENES EN LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES, EN LA CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DEBERÁ INDICAR, EL NÚMERO DE CONTRATO Y POR CADA CLAVE EL NÚMERO DE LOTE, LA CANTIDAD DE PIEZAS ENTREGADAS, LAS BOLSAS QUE CUBRE Y LA FECHA DE CADUCIDAD, DOMICILIO, TELÉFONO Y FAX DE LA EMPRESA, NOMBRE GENÉRICO O COMERCIAL DEL BIEN, FECHA DE FABRICACIÓN Y/O DE CADUCIDAD.

DURANTE LA RECEPCIÓN, LOS BIENES ESTARÁN SUJETOS A UNA VERIFICACIÓN VISUAL ALEATORIA POR PARTE DE UN REPRESENTANTE INSTITUCIONAL, CON OBJETO DE REVISAR QUE SE ENTREGUEN CONFORME CON LA DESCRIPCIÓN ASÍ COMO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE CONTRATO, CONSIDERANDO CANTIDAD, EMPAQUES Y ENVASES EN BUENAS CONDICIONES.

EL PERSONAL DEL HOSPITAL RESPONSABLE DEL PROGRAMA DARÁ SEGUIMIENTO MENSUAL AL ABASTO OPORTUNO DE LAS CANTIDADES Y CONCENTRACIONES DE LAS SOLUCIONES DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA), CONFORME AL **ANEXO T.3 (T PUNTO TRES) "PROGRAMA DE SUPERVISIÓN"** Y **ANEXO T.3.2 (T PUNTO TRES PUNTO DOS) "CÉDULA DE SUPERVISIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTES EN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) E INSTRUCTIVO DE LLENADO"**.

"EL PROVEEDOR" SE COMPROMETE A REQUISITAR EL **ANEXO T.8 (T PUNTO OCHO) "CONTROL DE RECUPERACIÓN DE BIENES / CLAVES DE DIÁLISIS PERITONEAL (DPCA Y DPA)"**, CUANDO POR CAUSA DE DEFUNCIÓN DEL PACIENTE, CAMBIO O BAJA DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA), REALICE LA ACTIVIDAD DE RECUPERACIÓN DE BIENES Y ENTREGA A LA UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN DEL PACIENTE DENTRO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA NOTIFICACIÓN POR PARTE DE **"EL INSTITUTO"**, PACIENTE O FAMILIAR.

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 MISMOS, HASTA QUE ESTOS SEAN RECIBIDOS DE CONFORMIDAD POR EL PACIENTE, FAMILIAR, RESPONSABLE AUTORIZADO O BIEN, POR **"EL 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".

TODOS LOS BIENES QUE ENTREGUE **"EL PROVEEDOR"** DEBERÁN CONTENER EL CÓDIGO DE BARRAS UPC-A, UPC-E, EAN-13 O EAN-A8, DE ACUERDO A LAS NORMAS INTERNACIONALES DE CODIFICACIÓN, EL QUE NO DEBERÁ MODIFICARSE DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE CONTRATO.

LOS BIENES QUE SE ENTREGUEN DEBERÁN APEGARSE ESTRICTAMENTE A LAS ESPECIFICACIONES DESCRITAS QUE SE INDICAN EN EL ANEXO **T.1 (T PUNTO UNO) "BOLSAS PARA PACIENTES NUEVOS EN DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)"** Y **ANEXO T.4.A (T PUNTO CUATRO PUNTO A) "DESCRIPCIÓN DE LAS CLAVES QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)"**, EL CUAL FORMA PARTE DEL PRESENTE CONTRATO, A LAS NORMAS OFICIALES, DISPOSICIONES LEGALES REGLAMENTARIAS Y ADMINISTRATIVAS QUE EMITA LA AUTORIDAD COMPETENTE ASÍ COMO AQUELLAS EMITIDAS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL.

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 AUTOMATIZADA", **"EL PROVEEDOR"** PODRÁ OFERTAR POR SEPARADO CADA UNA DE LAS CLAVES 2350, 2353, 2355, DESCRITAS EN EL **ANEXO T.4.A (T.CUATRO.A)**, INCLUYENDO CADA UNO DE LOS INSUMOS / BIENES CON LAS CARACTERÍSTICAS Y CANTIDADES DESCRITAS EN EL MISMO **ANEXO T.4.A (T.CUATRO.A),** PARA CADA PACIENTE, QUE EN SU CONJUNTO CONTEMPLEN EL SISTEMA REQUERIDO, SIN QUE ELLO IMPLIQUE UN INCREMENTO EN EL COSTO.

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 QUE **"EL PROVEEDOR"** CONSIDERE IMPORTANTE PARA LA IDENTIFICACIÓN RESPECTIVA.

EN CASO DE QUE **"EL PROVEEDOR"** SEA UN DISTRIBUIDOR, LLEVARÁ 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 DE **"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 MISMO SE MANTENGA DURANTE EL PERÍODO DE GARANTÍA. ASÍ MISMO 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 (COFEPRIS).

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

"EL PROVEEDOR" INFORMARÁ MENSUALMENTE MEDIANTE RELACIÓN, EL NÚMERO DE EQUIPOS INSTALADOS EN LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES Y UNA DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES DE LOS MISMOS, LA MANIFESTACIÓN DE QUE LOS MISMOS SE APEGAN ESTRICTAMENTE A LO REQUERIDO POR **"EL INSTITUTO"**, TANTO EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE ADSCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES, DIRECCIÓN DE CADA HOSPITAL Y JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS, DONDE SE SUSBRIBAN LOS CONTRATOS, A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS maria.gamboa@imss.gob.mx, juan.acevesg@imss.gob.mx, javier.lira@imss.gob.mx, jorge.morenoma@imss.gob.mx arturo.rodriguezham@imss.gob.mx, cynthia.reta@imss.gob.mx y arturo.reyes@imss.gob.mx, 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.6 (T PUNTO SEIS) "TABLA CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL DPA CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL DPA"** DE ESTE CONTRATO.

REGISTRO DE ENTREGAS

"EL PROVEEDOR" DEBERÁ GENERAR UN REPORTE QUE CONTENGA REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA (DPA) POR EL PROVEEDOR, PARA EL REGISTRO DE ENTREGAS, **ANEXO TI 1 (TI UNO) "REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR DEL PROGRAMA DE DPA POR EL PROVEEDOR, PARA EL REGISTRO DE ENTREGAS 2019"**, 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"**.

NIVELES DE SERVICIO

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

CONCEPTO	NIVEL DE SERVICIO
EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO, **"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ REPARARLO (MANTENIMIENTO CORRECTIVO), O EN SU CASO REEMPLAZARLO SIN COSTO EXTRA PARA **"EL INSTITUTO"**.	DENTRO DE LAS 24 HORAS SIGUIENTES A LA NOTIFICACIÓN DE LA FALLA.
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 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	EN UN PLAZO NO MAYOR A 20 DÍAS NATURALES A PARTIR DEL

CONCEPTO	NIVEL DE SERVICIO
MÉDICO TRATANTE ASIGNADOS.	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.
PRIMERA ENTREGA DE BOLSAS DE DIÁLISIS PARA LA UNIDAD MÉDICA.	LA PRIMERA ENTREGA SE REALIZARÁ DENTRO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES A PARTIR DEL INICIO DEL CONTRATO.
ENTREGAR EN COMODATO EN EL DOMICILIO DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA), UN "EQUIPO ELECTROMÉDICO QUE REGULE AUTOMÁTICAMENTE LOS INTERCAMBIOS DE SOLUCIÓN DIALIZANTE EN PACIENTE CON DPA", CLAVE 531.829.0599 DEL CUADRO BÁSICO.	DENTRO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES A PARTIR DE QUE SE RECIBA EL FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-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
REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LAS ENTREGAS REALIZADAS, EN LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO, CONFORME AL **ANEXO TI 1 (TI UNO) "REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR DEL PROGRAMA DE DPA POR EL PROVEEDOR, PARA EL REGISTRO DE ENTREGAS 2019"** REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR DEL PROGRAMA DPA POR EL PROVEEDOR PARA EL REGISTRO DE ENTREGAS.	DURANTE LOS PRIMEROS 5 (CINCO) DÍAS NATURALES POSTERIORES AL DÍA 25 DE CADA MES.
"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: A) FIRMA DEL ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD B) DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS.	DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA DE EMISIÓN DEL FALLO.

PROGRAMA DE SUPERVISIÓN.

"EL INSTITUTO" LLEVARÁ A CABO UN PROGRAMA DE SUPERVISIÓN PARA LA VIGILANCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) Y SU ADECUADO FUNCIONAMIENTO, CONFORME A EL **ANEXO T.3 (T PUNTO TRES) "PROGRAMA DE SUPERVISIÓN"** DEL PRESENTE CONTRATO.

PARA EFECTO DE LO ANTERIOR, LAS UNIDADES MÉDICAS DEBERÁN UTILIZAR LOS FORMATOS DEL **ANEXO T.3 (T PUNTO TRES) "PROGRAMA DE SUPERVISIÓN"** Y **ANEXO T.3.2 (T PUNTO TRES PUNTO DOS) "CÉDULA DE SUPERVISIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTES EN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) E INSTRUCTIVO DE LLENADO"** LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRAL DE ESTE CONTRATO.

SOBRE EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA).

"EL PROVEEDOR" PROPORCIONARÁ AL DEPARTAMENTO DE DIÁLISIS UN EQUIPO DE CÓMPUTO CON IMPRESORA PARA EL CONTROL DE LOS PACIENTES EN DICHO PROGRAMA, LO CUAL NO DEBERÁ REPRESENTAR COSTO ALGUNO PARA **"EL INSTITUTO"**.

LOS EQUIPOS DEBERÁN SER PUESTOS EN OPERACIÓN EN LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA), CONFORME A LA INSTALACIÓN Y FUNCIONALIDAD INHERENTE A CADA UNO DE ELLOS, A ENTERA SATISFACCIÓN DE **"EL INSTITUTO"**.

DE IGUAL FORMA **"EL PROVEEDOR"** ENTREGARÁ EN EL DOMICILIO DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA), SIN COSTO ADICIONAL PARA **"EL INSTITUTO"**, LOS BIENES DESCRITOS PARA 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 AUTOMATIZADA (DPA)"**.

LAS DIRECCIONES DE LAS UNIDADES MÉDICAS A TRAVÉS DEL PERSONAL RESPONSABLE DEL PROGRAMA, VERIFICARÁN QUE TANTO LOS PACIENTES COMO FAMILIARES, TENGAN PRESENTES LOS TÉRMINOS CON RESPECTO DEL EQUIPO MÉDICO EN CUANTO A LA RECEPCIÓN, CUIDADO, USO Y RETIRO DEL MISMO AL TÉRMINO DEL PRESENTE CONTRATO CON **"EL PROVEEDOR" ANEXO T.5 A (T PUNTO CINCO A).**

PARA GARANTIZAR EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LAS MÁQUINAS CICLADORAS, **"EL PROVEEDOR"** SE COMPROMETE A PROPORCIONAR DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO Y SIN COSTO EXTRA PARA **"EL INSTITUTO"** EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS, DEBIENDO CONTAR CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO PARA DARLES EL SERVICIO EN DONDE SEAN UBICADOS; ADEMÁS **"EL PROVEEDOR"** PREVIA AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE Y/O FAMILIARES, REVISARÁ Y SUPERVISARÁ LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS EN LAS CASAS DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA), QUE PREVIAMENTE HAYAN FIRMADO LA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CARTA COMPROMISO, LA CUAL SERÁ GESTIONADA POR LA TRABAJADORA SOCIAL, QUE INCLUYE EN SUS CLÁUSULAS EL PERMISO PARA ELLO Y DE ENTERADO DEL CONSUMO ADICIONAL DE ENERGÍA ELÉCTRICA. DICHA SUPERVISIÓN CONSISTIRÁ EN LA VERIFICACIÓN Y APROBACIÓN DE LA INSTALACIÓN O CONTACTO EN EL QUE SE PRETENDE CONECTAR EL EQUIPO DE DIÁLISIS Y QUE SEA EL ADECUADO PARA ESE FIN.

"EL PROVEEDOR" DEBERÁ CONSIDERAR LAS FECHAS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO Y DEL CORRECTIVO LAS VECES QUE SEA NECESARIO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO.

EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO **"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ REPARARLO O EN SU CASO, REEMPLAZARLO SIN COSTO EXTRA PARA **"EL INSTITUTO"**, DENTRO DE LAS 24 (VEINTICUATRO) HORAS SIGUIENTES A LA DETECCIÓN DE LA FALLA, QUE PODRÁ SER REPORTADA DIRECTAMENTE POR EL PACIENTE O BIEN POR EL PERSONAL DE **"EL INSTITUTO"**, EN FORMA TELEFÓNICA O VÍA CORREO ELECTRÓNICO.

"EL INSTITUTO" NOTIFICARÁ AL PACIENTE EL NOMBRE DE **"EL PROVEEDOR"** Y DE SU RESPECTIVO REPRESENTANTE PARA QUE PUEDA TENER ACCESO AL DOMICILIO DEL PACIENTE. POR LO TANTO **"EL PROVEEDOR"** SERÁ RESPONSABLE DEL EQUIPO INSTALADO.

"EL PROVEEDOR" ENTREGARÁ CON OPORTUNIDAD A LOS PACIENTES:

• LOS BIENES, QUE CORRESPONDERÁN A LA PRESCRIPCIÓN HECHA EN LOS FORMATOS DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01 Y/O EN LOS FORMATOS DE MODIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN O DATOS DEL PACIENTE MPDP-01 POR LOS MÉDICOS RESPONSABLES DE LOS PACIENTES.

• CADA UNO DE LOS PACIENTES DE INGRESO PARA EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) REQUIERE DE: CATÉTER DE TENCKCHOFF, CONECTOR DE TITANIO, LÍNEA DE TRANSFERENCIA Y LÍNEA DE EXTENSIÓN PARA DRENAJE SI LA MÁQUINA CICLADORA PROPORCIONADA LO REQUIERE, SIN COSTO ADICIONAL PARA **"EL INSTITUTO".**

REPOSICIÓN O CAMBIO.

A PARTIR DEL INICIO DE ESTE CONTRATO, **"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ ENTREGAR EN LA UNIDAD MÉDICA EL NÚMERO DE CATÉTERES TENCKHOFF COLOCADOS AL MES PREVIO, MÁS 2 (DOS).

PARA CADA PACIENTE, SE DEBERÁ HACER EL CAMBIO DE LA LÍNEA DE TRANSFERENCIA CADA 6 (SEIS) MESES, ESTA LÍNEA DEBERÁ SER PROPORCIONADA POR **"EL PROVEEDOR"** Y LA ENTREGARÁ AL JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA O DE MEDICINA INTERNA CONFORME AL LISTADO NOMINAL DE LOS PACIENTES EN EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) DE LA UNIDAD HOSPITALARÍA PARA SU CAMBIO.

ADICIONAL A LO ANTERIOR, **"EL PROVEEDOR"** MANTENDRÁ DE MANERA CONSTANTE UN STOCK DE LÍNEAS DE TRANSFERENCIA DE LARGA DURACIÓN EQUIVALENTE AL 10% (DIEZ POR CIENTO) DEL TOTAL DE NÚMERO DE PACIENTES ASIGNADOS AL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA, A PARTIR DEL SEGUNDO MES DE INICIO DEL PRESENTE CONTRATO. EN EL CASO DE UNIDADES MÉDICAS CON MENOS DE 10 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 PUNTO CUATRO PUNTO A) "DESCRIPCIÓN DE LAS CLAVES QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)"**.

ESTE CAMBIO Y REPOSICIÓN O DOTACIÓN DE BIENES SE EFECTUARÁN 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 A (T PUNTO CINCO A) "MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL, REGISTRO CONTABLE Y TRÁMITE DE PAGO DE LA ENTREGA DOMICILIARIA DE LOS BIENES PARA DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)"** DEL PRESENTE CONTRATO.

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 Y LA TRABAJADORA SOCIAL 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 Y VECINOS:

- SE OTORGARÁ DIRECTAMENTE AL PACIENTE, FAMILIARES O VECINOS QUE LOS PRIMEROS EXPRESAMENTE AUTORICEN 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 ENTRE **"EL PROVEEDOR"** Y **"EL INSTITUTO"**.

- **"EL PROVEEDOR"** EN COORDINACIÓN CON EL PERSONAL RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) DE **"EL INSTITUTO"**, PROPORCIONARÁ ASESORÍA Y/O LA CAPACITACIÓN DEL USO DE LOS BIENES, DIRECTAMENTE AL PACIENTE, FAMILIARES O VECINOS QUE LOS PRIMEROS EXPRESAMENTE AUTORICEN PARA TAL EFECTO.

- EL PERSONAL DEL ÁREA MÉDICA DE **"EL INSTITUTO"**, EN COORDINACIÓN 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, MÁQUINA, BOLSA O FALLAS DE LA DIÁLISIS PARA REFORZAR LA CAPACITACIÓN PREVIA.

- **"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ PROPORCIONAR DE MANERA CONTINUA, ASISTENCIA TÉCNICA VÍA TELEFÓNICA PARA EL PACIENTE EN EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) Y PRÉSTAMO GRATUITO DE UNA MÁQUINA (CLAVE 531.829.0599) POR PACIENTE INGRESADO AL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA).

PARA PERSONAL INSTITUCIONAL:

- EL PROCESO DE CAPACITACIÓN DEBERÁ REALIZARSE EN UN PLAZO NO MAYOR A 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES A PARTIR DEL INICIO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EL MÉDICO TRATANTE ASIGNADO Y EL RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE DPA, 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 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 LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES 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 DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA).

- **"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ PROPORCIONAR CAPACITACIÓN, ASISTENCIA TÉCNICA Y TECNOLÓGICA, RELATIVA AL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA), 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, QUIEN SERÁ LA ÚNICA FACULTADA PARA AUTORIZAR Y CONFIRMAR LA ASISTENCIA DE LOS PARTICIPANTES A ESTAS ACTIVIDADES.

RELACIÓN LABORAL.

"EL INSTITUTO" NO ADQUIRIRÁ NINGUNA OBLIGACIÓN DE CARÁCTER LABORAL PARA CON **"EL PROVEEDOR"**, NI PARA CON LOS TRABAJADORES QUE EL MISMO CONTRATE, PARA LA REALIZACIÓN DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, TODA VEZ QUE DICHO PERSONAL DEPENDE EXCLUSIVAMENTE DE **"EL PROVEEDOR".**

POR LO ANTERIOR, NO SE LE CONSIDERARÁ A **"EL INSTITUTO"** COMO PATRÓN, NI AÚN SUBSTITUTO, Y **"EL PROVEEDOR"** EXPRESAMENTE LO EXIME DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DE CARÁCTER CIVIL, FISCAL, DE SEGURIDAD SOCIAL, LABORAL O DE OTRA ESPECIE QUE, EN SU CASO PUDIERA LLEGAR A GENERARSE.

"EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A LIBERAR A **"EL INSTITUTO"** DE CUALQUIER RECLAMACIÓN DE ÍNDOLE LABORAL O DE SEGURIDAD SOCIAL QUE SEA PRESENTADA POR PARTE DE SUS TRABAJADORES ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

MECANISMO DE COMPROBACIÓN, SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN.

"EL PROVEEDOR" RECABARÁ EN CADA ENTREGA, LA FIRMA AUTÓGRAFA DEL PACIENTE, FAMILIAR O VECINO AUTORIZADO, EN EL FORMATO CONSTANCIA DE RECEPCIÓN **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, DEBERÁ DEJAR NOTIFICACIÓN Y HACER ENTREGA EN LA FARMACIA DE LA UNIDAD MÉDICA A LA QUE ESTÉ ADSCRITO RECABANDO FIRMA DE RECIBIDO POR PERSONAL DE **"EL INSTITUTO"**.

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 QUE PRESENTEN DEFECTOS, ESPECIFICACIONES DISTINTAS A LAS ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE CONTRATO O CALIDAD INFERIOR A LA SOLICITADA, VICIOS OCULTOS O BIEN, CUANDO EL ÁREA USUARIA MANIFIESTE ALGUNA QUEJA EN EL SENTIDO DE QUE EL USO DEL BIEN PUEDE AFECTAR LA CALIDAD DEL PROGRAMA, DEBIENDO NOTIFICAR A **"EL PROVEEDOR"**.

"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 TERAPÉUTICOS 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.

NO OBSTANTE LOS EFECTOS DEL PÁRRAFO ANTERIOR, PARA AQUELLOS BIENES CON PROBLEMAS DE CALIDAD O VICIOS OCULTOS Y QUE EN OPINIÓN DE LA COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS (COCTI) REPRESENTEN UN RIESGO PARA LA SALUD, ÉSTA PROCEDERÁ A NOTIFICAR A LA COMISIÓN FEDERAL PARA LA PREVENCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS (COFEPRIS), INFORMANDO DE IGUAL FORMA AL ÁREA ADQUIRIENTE, PARA LOS EFECTOS PROCEDENTES.

LA ENTREGA DE LOS BIENES POR CANJE, SERÁ REALIZADA DIRECTAMENTE EN LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA), EN CASO DE NO ENCONTRARSE EN SU DOMICILIO EL PACIENTE, SU FAMILIAR O EL VECINO AUTORIZADO, SERÁ EN LOS LUGARES Y DOMICILIOS ESTABLECIDOS EN EL **ANEXO T.2 (T PUNTO DOS) "DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)".**

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.

SEXTA.- VIGENCIA.- "LAS PARTES" CONVIENEN EN QUE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO COMPRENDERÁ DEL **01 DE ENERO DE 2022** AL **30 DE ABRIL 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 INHERENTES A LA PRESTACIÓN DEL SERVICO 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 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, ARRENDAMIENTO Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, **"EL INSTITUTO"** APLICARÁ PENAS CONVECIONALES 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:

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO Y APLICACIÓN DE LA PENA

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO Y APLICACIÓN DE LA PENA
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 DÍAS NATURALES A PARTIR DEL INICIO DEL CONTRATO.	2.5% (DOS PUNTO CINCO POR CIENTO) DIARIO, SIN 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
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 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
ENTREGAS DE BOLSAS DE DIÁLISIS EN LA FARMACIA DE CADA UNA DE LAS UNIDADES MÉDICAS	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 LA SOLICITUD DE CADA UNIDAD MÉDICA	2.5% (DOS PUNTO CINCO POR CIENTO) DIARIO, SIN 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
ENTREGAR EN COMODATO EN EL DOMICILIO DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA), UN "EQUIPO ELECTROMÉDICO QUE REGULE AUTOMÁTICAMENTE LOS INTERCAMBIOS DE SOLUCIÓN DIALIZANTE EN PACIENTE CON DPA", CLAVE 531.829.0599 DEL CUADRO BÁSICO.	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 SE RECIBA EL FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01.	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
ENTREGAR EN COMODATO 3 (TRES) "EQUIPOS ELECTRO MÉDICOS QUE REGULE AUTOMÁTICAMENTE LOS INTERCAMBIOS DE SOLUCIÓN DIALIZANTE EN PACIENTE CON DPA" CLAVE 531.829.0599 DEL CUADRO BÁSICO EN EL DOMICILIO DE LAS UNIDADES MÉDICAS	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO ESTABLECIDO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DEL FALLO,	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
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 DOS. 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 DEL 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
CUANDO **"EL PROVEEDOR"** NO REALICE EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LAS ENTREGAS REALIZADAS, EN LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO, CONFORME AL **ANEXO TI 1 (TI UNO) "BOLSAS PARA PACIENTES NUEVOS EN DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)"** REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR DEL PROGRAMA DPA POR EL	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO ESTABLECIDO DE LOS 5 DÍAS NATURALES POSTERIORES AL DÍA 25 D CADA MES.	2.5 % (DOS PUNTO CINCO POR CIENTO) DIARIO, SIN 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
PROVEEDOR PARA EL REGISTRO DE ENTREGAS				
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: A) FIRMA DE ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD B) DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO ESTABLECIDO DE LOS 10 DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA DE EMISIÓN DEL FALLO.	1.5% (UNO PUNTO CINCO POR CIENTO) DIARIO, SIN 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

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, LOS ADMINISTRADORES 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 MOTIVO DE RESCISIÓN DEL CONTRATO	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO Y APLICACIÓN DE LA DEDUCCIÓN
EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO, **"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ REPARARLO (MANTENIMIENTO CORRECTIVO), O EN SU CASO REEMPLAZARLO SIN COSTO EXTRA PARA EL INSTITUTO.	DENTRO DE LAS 24 HORAS SIGUIENTES A LA NOTIFICACIÓN DE LA FALLA POR PARTE DEL PACIENTE O DEL INSTITUTO	POR CADA DÍA QUE SE EXCEDA EL NIVEL DE SERVICIO	2.5% DIARIO, SOBRE EL VALOR DE LA FACTURA DEL MES EN QUE OCURRA LA INCIDENCIA, MÁS EL IVA	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
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 DOS DÍAS	POR CADA PACIENTE QUE PRESENTE SOBRE INVENTARIO	1% DIARIO, SOBRE LA FACTURA DEL MES EN QUE OCURRA LA INCIDENCIA, MÁS EL IVA	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 ALGUN DAÑO O PERJUICIO A **"EL INSTITUTO"** O SE DETERMINE LA NULIDAD TOTAL O PARCIAL DE LOS ACTOS QUE DIERON

ORIGEN AL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, CON MOTIVO DE LA RESOLUCIÓN DE UNA INCONFORMIDAD EMITIDA POR LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA.

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 ECONOMICA (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 LICITATORIO, 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 CONTINÚA VIGENTE LA NECESIDAD DE CONTAR CON LOS BIENES Y APLICANDO, EN SU CASO, LAS PENAS CONVENCIONALES CORRESPONDIENTES.

"EL INSTITUTO" PODRÁ DETERMINAR NO DAR POR RESCINDIDO EL CONTRATO, CUANDO DURANTE EL PROCEDIMIENTO ADVIERTA QUE DICHA RESCISIÓN PUDIERA OCASIONAR ALGÚN DAÑO O AFECTACIÓN A LAS FUNCIONES QUE TIENE ENCOMENDADAS. EN ESTE SUPUESTO, **"EL INSTITUTO"** ELABORARÁ UN DICTAMEN EN EL CUAL JUSTIFIQUE QUE LOS IMPACTOS ECONÓMICOS O DE OPERACIÓN QUE SE OCASIONARÍAN CON LA RESCISIÓN DEL CONTRATO RESULTARÍAN MÁS INCONVENIENTES.

DE NO DARSE POR RESCINDIDO EL CONTRATO, **"EL INSTITUTO"** ESTABLECERÁ, 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 RESCISIÓN. LO ANTERIOR, SE LLEVARÁ A CABO A TRAVÉS DE UN CONVENIO MODIFICATORIO EN EL QUE SE CONSIDERE LO DISPUESTO EN LOS DOS ÚLTIMOS PÁRRAFOS DEL ARTÍCULO 52 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

DÉCIMA NOVENA.- RESPONSABILIDAD CIVIL, CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR.- "**LAS PARTES**" ESTARÁN 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, ENTENDIÉNDOSE POR ESTO, A TODO ACONTECIMIENTO PRESENTE O FUTURO, YA SEA FENÓMENO DE LA NATURALEZA O NO, QUE ESTÉ FUERE DEL DOMINIO DE LA VOLUNTAD, QUE NO PUEDA PREVERSE O QUE AÚN PREVIÉNDOSE NO PUEDA EVITARSE; INCLUYENDO LA HUELGA DE LABORES ACADÉMICAS Y ADMINISTRATIVAS.

VIGÉSIMA.- MODIFICACIONES.- DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 52 LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 91 DE SU REGLAMENTO, **"EL INSTITUTO"** PODRÁ 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 MODIFICACIÓN DE LA GARANTÍA, EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 103 FRACCIÓN II DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

VIGÉSIMA PRIMERA.- RELACIÓN DE ANEXOS.- LOS ANEXOS QUE SE RELACIONAN A CONTINUACIÓN SON RUBRICADOS DE CONFORMIDAD POR **"LAS PARTES"** Y FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO.

ANEXO 1 (UNO) "CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS, ALCANCES Y ESPECIFICACIONES"
ANEXO 2 (DOS) "LUGARES DE ENTREGA"
ANEXO 3 (TRES) "ORDEN DE REPOSICIÓN"
ANEXO 4 (CUATRO) "CEDULA DE ACTUALIZACION DE NUMEROS DE CODIGOS DE BARRAS, PESOS Y VOLUMENES"
ANEXO T.1 (T PUNTO UNO) "BOLSAS PARA PACIENTES NUEVOS EN DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)"
ANEXO T.2 (T PUNTO DOS) "DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)"
ANEXO T.3 (T PUNTO TRES) "PROGRAMA DE SUPERVISIÓN"
ANEXO T.3.2 (T PUNTO TRES PUNTO DOS) "CÉDULA DE SUPERVISIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTES EN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) E INSTRUCTIVO DE LLENADO"

ANEXO T.4.A (T PUNTO CUATRO PUNTO A) "DESCRIPCIÓN DE LAS CLAVES QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)"
ANEXO T.4.B (T PUNTO CUATRO PUNTO B) "CÉDULA DE DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO ELECTROMÉDICO QUE REGULA AUTOMÁTICAMENTE LOS INTERCAMBIOS DE SOLUCIÓN DIALIZANTE, CON DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)"
ANEXO T.5 A (T PUNTO CINCO A) "MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL, REGISTRO CONTABLE Y TRÁMITE DE PAGO DE LA ENTREGA DOMICILIARIA DE LOS BIENES PARA DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)"
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 MODIFICACIÓN MPDP-01"
ANEXO T.5.3 (T PUNTO CINCO PUNTO TRES) "FORMATO ENTREGA Y RECEPCIÓN CE-01/CR-01"
ANEXO T.6 (T PUNTO SEIS) "TABLA CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL DPA CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL DPA"
ANEXO T.7 (T PUNTO SIETE) "CARTA COMPROMISO DEVOLUCIÓN DE MÁQUINA CICLADORA"
ANEXO T.8 (T PUNTO OCHO) "CONTROL DE RECUPERACIÓN DE BIENES / CLAVES DE DIÁLISIS PERITONEAL (DPCA Y DPA)"
ANEXO TI 1 (TI UNO) "REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR DEL PROGRAMA DE DPA POR EL PROVEEDOR, PARA EL REGISTRO DE ENTREGAS 2019"
ANEXO TI 2 (TI DOS) "ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD 2019"
ANEXO TI 3 (TI TRES) "DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE 2019"
ANEXO TI 4 (TI CUATRO) "SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD 2019"

VIGÉSIMA SEGUNDA.- LEGISLACIÓN APLICABLE.- "LAS PARTES" SE OBLIGAN A SUJETARSE ESTRICTAMENTE PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO, A TODAS Y CADA UNA DE LAS CLÁUSULAS DEL MISMO, A LA CONVOCATORIA A LA LICITACIÓN PÚBLICA Y SUS BASES, ASÍ COMO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, SU REGLAMENTO, EL CÓDIGO CIVIL FEDERAL, EL CÓDIGO FEDERAL DE PROCEDIMIENTOS CIVILES, LA LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y LAS DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS APLICABLES EN LA MATERIA.

VIGÉSIMA TERCERA.- JURISDICCIÓN.- PARA LA INTERPRETACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO, ASÍ COMO PARA TODO AQUELLO QUE NO ESTÉ 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 JURÍDICO, ADMINISTRAR Y VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO; DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL PENÚLTIMO 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 DICHOS 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 **13 DE ENERO DEL AÑO 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

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

"EL INSTITUTO"
RESPONSABLE DE REPORTAR INCUMPLIMIENTOS AL ADMINISTRADOR

DR. JOSÉ VALERIANO IBAÑEZ DE LA ROSA
TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS

"EL INSTITUTO"
RESPONSABLE DE REPORTAR INCUMPLIMIENTOS AL ADMINISTRADOR

I.S.C. JESÚS HERNÁN LONGORIA LARA
TITULAR DE LA COORDINACIÓN DE INFORMÁTICA

"EL INSTITUTO"
RESPONSABLE DE REPORTAR INCUMPLIMIENTOS AL ADMINISTRADOR

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

"EL INSTITUTO"
RESPONSABLE DE REPORTAR I NCUMPLIMIENTOS AL ADMINISTRADOR

DR. FRANCISCO JAVIER LIRA GARCÍA
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 46 EN GÓMEZ PALACIO, DGO.

LAS FIRMAS QUE ANTECEDEN, FORMAN PARTE DEL CONTRATO NÚMERO **SEIN221003170001**PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES PARA EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) 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 **13 DE ENERO DEL 2022**, POR UN IMPORTE MÍNIMO DE **$522,720.00 (SON: QUINIENTOS VEINTIDÓS MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M.N.),** Y UN PRESUPUESTO MÁXIMO SUSCEPTIBLE DE SER EJERCIDO POR LA CANTIDAD DE **$1,306,800.00 (SON: UN MILLON TRESCIENTOS SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS 00/100 M.N.).**

ANEXO 1 (UNO)

"CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS, ALCANCES Y ESPECIFICACIONES"

SERVICIO	IMPORTES	
	MÍNIMO	MÁXIMO
ADQUISICIÓN DE BIENES DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) PARA PACIENTES NUEVOS	$522,720.00	$1,306,800.00

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

Referencia / No. de contrato interno	Descripción del Artículo	Unidad de Medida	Cantidad Mínima	Cantidad Máxima	Precio Unitario	Fabricante del Bien	Marca del Bien
HGZ N° 1 DURANGO	1.-BOLSAS PARA PACIENTES NUEVOS EN DPA. (REQUERIMIENTO POR UNIDAD MÉDICA).	BOLSA	2880	7200	$108.90	BAXTER, S.A. DE C.V.	BAXTER
HGZ N°46 GÓMEZ PALACIO	2.-BOLSAS PARA PACIENTES NUEVOS EN DPA. (REQUERIMIENTO POR UNIDAD MÉDICA).	BOLSA	1920	4800	$108.90	BAXTER, S.A. DE C.V.	BAXTER

ANEXO 2 (DOS)

"LUGARES DE ENTREGA"

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 A CONTINUACIÓN:

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

ANEXO 3 (TRES)

"ORDEN DE REPOSICIÓN"

SISTEMA DE ABASTO INSTITUCIONAL

ORDEN DE REPOSICIÓN

Asignación de Lotes (Órdenes).

Proveedor: _____
RFC: _____
N°. de Contrato: _____
N°. de Orden: _____
N°. de Solicitud: _____

Artículo: _____

Cantidad Solicitada: _____
Precio: _____
Fecha de expedición: _____
Fecha de Entrega: _____
Lugar de entrega: _____

En el nombre de lote, favor de escribir SÍ, con mayúsculas en caso de no haber la certeza del lote que finalmente va a entrar

LOTE/SÍ	CANTIDAD	FECHA FAB. (aaaa/mm/dd)	FECHA CADUCIDAD (aaaa/mm/dd)
Agregar Captura	**Limpiar Captura**		

Lote	Cantidad Asignada	Fecha de Fabricación	Fecha de Caducidad	Acción

Cantidad Agregada: _____

Faltante por Agregar: _____

Nota: Esta Orden de Reposición, está sujeta a las condiciones y obligaciones estipuladas en el Contrato del que se deriva ésta, comprometiéndose el proveedor a su cabal cumplimiento.

Regresar

ANEXO 4 (CUATRO)

"CEDULA DE ACTUALIZACION DE NUMEROS DE CODIGOS DE BARRAS, PESOS Y VOLUMENES"

NOMBRE DEL FABRICANTE (4)_____		(1) HOJA _____DE _____
NOMBRE DEL PROVEEDOR ADJUDICADO (5)_____		
		(2) FECHA DE ELAB._____
DOMICILIO: (6)_____		(3) R.F.C. :_____
_____		
		(7) TELEFONO(S)_____
RESPONSABLE DEL CODIGO, PESO Y VOLUMEN (8)_____	(9) TELEFONO(S)_____	(10) E-MAIL_____

CLAVE DEL ARTICULO					UNIMED	PRESENTACION		No DEL CODIGO DE BARRAS	PESO			ALTO	LARGO	ANCHO	VOLUMEN		
GPO	GEN	ESPE	DF	VR		CANTIDAD	TIPO		KGS	GRS	MGRS	CMS	CMS	CMS	DM^3	CM^3	MM^3
(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)
DESCRIPCION (16)					(17a)	(18a)	(19a)	(20a)	(21a)	(22a)	(23a)	(24a)	(25a)	(26a)	(27a)	(28a)	(29a)
CLAVE DEL ARTICULO					UNIMED	PRESENTACION		No DEL CODIGO DE BARRAS	PESO			ALTO	LARGO	ANCHO	VOLUMEN		
GPO	GEN	ESPE	DF	VR		CANTIDAD	TIPO		KGS	GRS	MGRS	CMS	CMS	CMS	DM^3	CM^3	MM^3
(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)
DESCRIPCION (16)					(17a)	(18a)	(19a)	(20a)	(21a)	(22a)	(23a)	(24a)	(25a)	(26a)	(27a)	(28a)	(29a)
CLAVE DEL ARTICULO					UNIMED	PRESENTACION		No DEL CODIGO DE BARRAS	PESO			ALTO	LARGO	ANCHO	VOLUMEN		
GPO	GEN	ESPE	DF	VR		CANTIDAD	TIPO		KGS	GRS	MGRS	CMS	CMS	CMS	DM^3	CM^3	MM^3
(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)
DESCRIPCION (16)					(17a)	(18a)	(19a)	(20a)	(21a)	(22a)	(23a)	(24a)	(25a)	(26a)	(27a)	(28a)	(29a)

ELABORO

(30)
NOMBRE Y FIRMA

RESPONSABLE DEL CODIGO, PESO Y VOLUMEN

(31)
NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA "CEDULA DE ACTUALIZACION DE NUMEROS DE CODIGOS DE BARRAS, PESOS Y VOLUMENES" DEL ANEXO 4 (CUATRO)

Esta cedula es el medio a través del cual el Instituto solicita a sus proveedores de: **BIENES DE CONSUMO TERAPEUTICO (MEDICAMENTOS, MATERIAL DE CURACION, MATERIAL RADIOLOGICO Y MATERIAL DE LABORATORIO)** que resulten adjudicados, reportar los números de códigos de barras, pesos y volúmenes de cada uno de los empaques correspondientes a los artículos que le suministrarán, con el objeto de mantener permanentemente actualizado el catalogo que contiene esta importante información para el Sistema de Abasto Institucional (SAI).

CONSIDERACIONES GENERALES.

Es de suma importancia que la cedula sea enviada o entregada a la brevedad posible cuando se traten de dar de alta los números de códigos de barras, pesos y/o volúmenes de sus artículos, así como en caso de que alguno de ellos sufra modificación o cambio.

LA CEDULA DEBERA LLENARSE A MAQUINA.

Para confiabilidad de los datos proporcionados se recomienda que una vez requisitada sea revisada minuciosamente, corroborando la veracidad de su información.

Debido a la estrecha correlación que tiene el número de código de barras con nuestro catálogo de artículos, la información relativa a la clave del artículo y su descripción, deberán tomarse de la documentación oficial, tales como: pedidos, remisión del pedido, modificación al pedido, programas de entrega, etc. y su llenado deberá ser completo.

Aquellos proveedores que tienen en el mercado medicamentos similares a los del Cuadro Básico Institucional o efectúan entregas de sus productos en presentación comercial, deberán incluirlos en la cedula y especificarlo dentro de la descripción del articulo con el nombre comercial seguido de las siglas entre paréntesis (p.c.).

Reproduzca y utilice las cedulas que sean necesarias para reportar todos los números de códigos de barras, pesos y volúmenes de los artículos que son entregados o de factible entrega al instituto de los empaques primarios y/o secundarios o colectivos (codigos GTIN 8 (UPC E/ EAN 8), GTIN 12 (UPC A) GTIN 13 (EAN 13), GTIN 14 (DUN-TIF 14)), de acuerdo a las instrucciones de llenado de este instructivo.

En caso de cualquier duda o aclaración, favor de comunicarse a la División de Procesos del Sistema de Abasto Institucional y Nuevos Modelos al tel. 53-33-11-00 ext. 15151 y 15084.

Las cedulas deberán ser enviadas o entregadas impresas y en medio magnético directamente en la División de Procesos del Sistema de Abasto Institucional y Nuevos Modelos, dependiente de la Coordinación de Control de Abasto con domicilio en Calzada Vallejo No. 675, Col. Magdalena de las Salinas,CDMX, C.P. 07760, ubicada en las instalaciones de abastecimiento del Conjunto Vallejo, Planta Baja.

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

REFERENCIA:	SE DEBE ANOTAR:
(1) Hoja: ____ de: ____	El número de hoja que corresponde a cada una y el total que integra las cedulas.
(2) Fecha:	Día, mes y año en que se elabora la cedula.
(3) RFC:	Registro federal de contribuyentes otorgado por la Secretaria de Hacienda y Crédito Público a cada empresa, negocio o persona física, incluyendo su homoclave

REFERENCIA:	SE DEBE ANOTAR:
(4) Nombre del Fabricante: _____	Nombre o Razón social completo de la empresa nacional o extranjera, que fabrica directamente los bienes.
(5) Nombre del proveedor adjudicado:	**Clave de 8 dígitos** que identifican a cada empresa o negocio registrada(o) por el Instituto en la cuenta por pagar, el cual se encuentra en cualquier documento de trámite interno (ej. pedido, remisión del pedido, modificación al pedido, programa de entregas, etc.).
(6) Domicilio:	Calle, número externo e interno, colonia, ciudad, población, estado y código postal donde se ubican las oficinas administrativas del proveedor adjudicado.
(7) Teléfono(s):	Número(s) telefónico(s) que tiene el negocio o empresa adjudicada.
(8) responsable del código, peso y volumen:	Nombre de la persona con la cual el Instituto puede dirigirse en caso de duda o aclaración respecto a la información contenida en la cedula o en el código de barras impreso en los empaques.
(9) teléfono(s): _____	Número(s) telefónico(s) y en su caso extensiones donde puede comunicarse directamente el instituto con el responsable del código, peso y volumen.
(10) E-mail.	Correo electrónico del responsable del código, peso y volumen o dirección del portal de la empresa.
Clave del articulo	
(11) Gpo	3 dígitos que corresponden al **grupo de suministro** del artículo.
(12) Gen	3 dígitos que identifican al **genérico del artículo** dentro de su grupo de suministro.
(13) Espe	4 dígitos que se refieren a la clave **específica de cada artículo**.
(14) Df	2 dígitos con los cuales se determina el **diferenciador en la descripción del artículo** con relación a otro similar.
(15) Vr	2 dígitos que determinan la **variante en la presentación del artículo** para con otro similar con distinta presentación.
	NOTA: estos 14 dígitos que integran la clave del artículo, deberán tomarse de los pedidos, remisiones de pedido, modificaciones al pedido, programa de entregas, etc. (si los datos referentes a **df y vr** no los tiene o no los localiza, deje los espacios en blanco).
(16) Descripción:	**Nombre genérico** y **breve** especificación del artículo de que se trate de acuerdo al Cuadro Básico Institucional (aparecen en los documentos descritos en la nota anterior). **NOTA**: si los datos se refieren a un producto de presentación comercial se deberá anotar su nombre comercial e inmediatamente después de las siglas **(P.C.)**.
(17) UNI MED	Abreviatura de la **unidad de medida** con la cual se determina la unidad mínima de suministro de acuerdo al Cuadro Básico Institucional (dato que aparece en la documentación oficial). ejemplo: fco, bsa, env, cja, eqp, tbo, jgo, afa, f.a, dss, pza, pqt, rll, etc.
PRESENTACIÓN:	
(18) Cantidad:	El **contenido** de un articulo por unidad de medida de acuerdo al cuadro básico institucional (dato que aparece en la documentación oficial) en enteros. ejemplo: 10.000 = **10**, 500.000 = **500**, 1.000 = **1**, etc.
(19) Tipo	Abreviatura del nombre de la **forma farmacéutica o unidad mínima del artículo** (dato que aparece en la documentación oficial). Ejemplo: pza, tab, com, cap, cja, bsa, ml., etc. **NOTA:** la unidad de medida, la cantidad y el tipo del artículo en el caso del código de barras **dun-14**, peso y volumen **para empaques colectivos**, deberá ser de acuerdo al contenido de los mismos. ejemplo: caja **5,000** envases, caja **250** piezas, caja **100** frascos, bolsa **50** rollos, etc.

REFERENCIA:	SE DEBE ANOTAR:
(20) No. del código de barras	El número de dígitos completos y correctos que identifican al código de barras en cualquiera de los tipos con los que se encuentra identificado el artículo, ya sea en su presentación del sector salud como comercial por cada uno de sus empaques primarios y/o secundarios o colectivos.
PESO:	
(21) kgs. Kg.	La cantidad en **kilogramos** que pesa cada uno de los empaques individuales (primarios y/o secundarios).
(22) grs. g.	La cantidad en **gramos** que pesa cada uno de los empaques individuales (primarios y/o secundarios).
(23) mgrs. mg.	La cantidad en **miligramos** que pesa cada uno de los empaques individuales (primarios y/o secundarios).
(24) alto cms. cm.	La cantidad en **centímetros lineales** con relación a la altura que mida cada uno de los empaques individuales (primarios y/o secundarios).
(25) largo cms.	La cantidad en **centímetros lineales** en relación a la longitud que mida cada uno de los empaques individuales (primarios y/o secundarios).
(26) ancho cms.	La cantidad en **centímetros lineales** con relación a la anchura que mida cada uno de los empaques individuales (primarios y/o secundarios).
VOLUMEN:	
(27) dm^3	La cantidad en **decímetros cúbicos** que contenga cada uno de los empaques individuales (primarios y/o secundarios).
(28) cm^3	La cantidad en **centímetros cúbicos** que contenga cada uno de los empaques individuales (primarios y/o secundarios).
(29) mm^3	La cantidad en **milímetros cúbicos** que contenga cada uno de los empaques individuales (primarios y/o secundarios).
(20a) no. del código de barras	El número de dígitos completos y correctos que identifican al código de barras en cualquiera de los tipos con los que se encuentra identificado el artículo, ya sea en su presentación del sector salud como comercial por cada uno de sus empaques colectivos **dun-14** (14 posiciones).
PESO:	
(21a) kgs. Kg.	La cantidad en **kilogramos** que pesa cada uno de los empaques colectivos.
(22a) grs. g.	La cantidad en **gramos** que pesa cada uno de los empaques colectivos.
(23a) mgrs. mg.	La cantidad en **miligramos** que pesa cada uno de los empaques colectivos.
(24a) alto cms. cm.	La cantidad en **centímetros lineales** con relación a la altura que mida cada uno de los empaques colectivos.
(25a) largo cms. cm.	La cantidad en **centímetros lineales** en relación a la longitud que mida cada uno de los empaques colectivos.
(26a) ancho cms. cm.	La cantidad en **centímetros lineales** con relación a la anchura que mida cada uno de los empaques colectivos.
VOLUMEN:	
(27a) dm^3	La cantidad en **decímetros cúbicos** que contenga cada uno de los empaques colectivos.
(28a) cm^3	La cantidad en **centímetros cúbicos** que contenga cada uno de los empaques colectivos.
(29a) mm^3	La cantidad en **milímetros cúbicos** que contenga cada uno de los empaques colectivos.
(30) elaboro	Nombre y firma de la persona que efectuó el llenado de la cedula.
(31) responsable del código, peso y volumen	Nombre y firma de la persona que en cada negocio o empresa es la que tiene la responsabilidad de reportar al instituto los códigos de barras, pesos y volúmenes de sus empaques.

NOTA: EL VOLUMEN EN DM^3, CM^3 Y MM^3 ES EL RESULTADO DE MUTIPLICAR EL ALTO POR EL LARGO Y POR EL ANCHO DE CADA UNO DE LOS EMPAQUES.

ANEXO T.1 (T PUNTO UNO)

"BOLSAS PARA PACIENTES NUEVOS EN DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA DPA"
REQUERIMIENTO POR UNIDAD MÉDICA

Delegación	Tipo	Número	Localidad	Cantidad Bolsas	
				Min	Max
Durango	HOSPITAL GENERAL DE ZONA	1	Durango	**2880**	**7200**
Durango	HOSPITAL GENERAL DE ZONA	46	Gómez Palacio	**1920**	**4800**
			Totales	**4,800**	**12,000**

Estos bienes deberán ser con las especificaciones descritas en el **Anexo T.4.A (T.CUATRO.A) DESCRIPCIÓN DE LAS CLAVES QUE SE REQUIEREN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA.**

Las Unidades Médicas solicitaran de acuerdo a sus necesidades las cantidades que se requieran de las siguientes claves:

Clave **010 000 2350** Solución para Diálisis Peritoneal al 1.5%
Clave **010 000 2353** Solución para Diálisis Peritoneal al 2.5%
Clave **010 000 2355** Solución para Diálisis Peritoneal al 4.25%

ANEXO T.2 (T PUNTO DOS)

"DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)"

Delegación / UMAE	Tipo	Número	Localidad	Municipio	Domicilio	Director	Correo	Tel
Durango	HGZ	1	Durango	Durango	Predio Canoas Esq. Avenida Normal Col. C.P. 34000, Durango, Durango	Dra. Maria Eugenia Gamboa Barragan	maria.gamboa@imss.gob.mx	618 811 98 20
Durango	HGZ	46	Gómez Palacio	Gómez Palacio	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

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 DPA mensualmente, mismo que será determinado por las Delegaciones y UMAE.

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 AUTOMATIZADA (DPA) E INSTRUCTIVO DE LLENADO".**

ANEXO T.3.2 (T PUNTO TRES PUNTO DOS)

"CÉDULA DE SUPERVISIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTES EN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) 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 ( )	

(23)
NOMBRE Y MATRICULA DE QUIEN REALIZA LA SUPERVISIÓN

(24)
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 digito 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 matricula 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 AUTOMATIZADA"

SISTEMA INTEGRAL PARA LA APLICACIÓN DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA:
CLAVE 010.000.2366.00

clave	DESCRIPCIÓN	Indicaciones	Vía de Administración
2350 2353 2355	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. o 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. o 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 Conector de titanio Luer lock, para ajustar la punta del catéter a línea de transferencia, tipo Tenckhoff. Estéril: Pieza. 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.	Insuficiencia Renal Crónica	Intraperitoneal Adultos y niños: Dosis de acuerdo al caso y a juicio del especialista

clave	DESCRIPCIÓN	Indicaciones	Vía de Administración
	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. CUBREBOCAS Cubre bocas, Para uso en área médica, desechable. 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. 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.		

Ren	Clave	Descripción	Cantidad
4	060 345 1998 11 01	Equipo de extensión para drenaje con una longitud de 3.64m para máquina cicladora. Sistema automático 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	PZA

Consideraciones para el programa:

Cada uno de los pacientes de nuevo ingreso para los programas de DPA, 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 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% 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 licitante adjudicado.

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

"CÉDULA DE DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO ELECTROMÉDICO QUE REGULA AUTOMÁTICAMENTE LOS INTERCAMBIOS DE SOLUCIÓN DIALIZANTE, CON DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA"

ESPECIFICACIONES	DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL PROVEEDOR
DIÁLISIS PERITONEAL EQUIPO PORTÁTIL ESPECIALIDAD(ES): Nefrología, Medicina Interna y Medicina Crítica. Clave. 531.829.0599 SERVICIOS: unidad de Diálisis, Hospitalización y unidad de Cuidados Intensivos. DESCRIPCIÓN: Equipo que regula automáticamente los intercambios de solución dializante, en paciente con diálisis peritoneal con las siguientes características, seleccionables de acuerdo a las necesidades de las unidades médicas: monitor, unidad selectora de cantidad de líquido a administrar, tiempos de ingreso y de permanencia, así como el drenado, control digital, calefactor de líquido de diálisis, termostato, sistema de alarmas de suministro de líquidos de temperatura y drenaje, monitor de ultrafiltración. REFACCIONES: Según marca y modelo. OPCIONALES: Regulador CONSUMIBLES: Equipo de conexión múltiple, línea de extensión y bolsa para drenaje, soluciones para diálisis peritoneal. Las unidades médicas seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, marca y modelo. (Compatibles con el equipo ofertado por el licitante) INSTALACIÓN: Corriente eléctrica de 120 V/60 HZ. Contacto polarizado.	

ANEXO T.5.A (T PUNTO CINCO PUNTO A)

"MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL, REGISTRO CONTABLE Y TRAMITE DE PAGO DE LA ENTREGA DOMICILIARIA DE LOS BIENES DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA"

RESPONSABLE	No. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Delegación/UMAE	1	Se celebra contrato abierto de suministro con el proveedor para la entrega de los bienes para DPA.
Unidad Médica Director y Subdirector Administrativo/ Director Médico y administrativo de UMAE	2 3	Recibe Contrato. 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 7 8	Coordina las sesiones del comité de terapias sustitutivas, elaborando minuta de los casos y asegurando en la misma la rúbrica de los integrantes. Elabora la minuta del comité de terapias sustitutivas, que quedará asentada en el expediente clínico del paciente. Supervisa que la Carta de Consentimiento Bajo Información y Carta Compromiso de Recuperación de Bienes/Claves del Programa de DPA, 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 10 11	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 copias, una para el médico responsable, y la dirección de la unidad médica para control y archivo. 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.
Unidad Médica Asistente Médica	12 13 14	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. Solicita verificar bimestralmente de los pacientes incluidos en el Programa. Entrega al médico responsable el formato FIP-01 con el sello de vigencia.

RESPONSABLE	No. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Unidad Médica Trabajadora Social	15 16 17 18	Elabora estudio médico-social que contenga los criterios sociales en caso de ingreso del paciente al programa. Entrega al médico el resultado del estudio médico social. 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. Registrar en la página de la CPIM http://cpim.imss.gob.mx en link "Supervisión Domiciliaria DPA/DPCA".
Unidad Médica Médico responsable del programa	19 20	Recibe formato FIP-01 y estudio médico social, anexa al expediente clínico del paciente el estudio médico social. Envía al paciente con la enfermera responsable del programa para su capacitación, así como con la trabajadora social para la orientación del programa.
	21 22	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. Envía al subdirector administrativo los formatos FIP-01 Y MPDP-01. (Continua con la actividad 25)
Unidad Médica/Enfermera responsable	23	Otorga la capacitación al paciente conforme al procedimiento establecido.
Unidad Médica Trabajadora Social	24 25 26	Da al paciente la orientación respectiva, entrega la Guía de Orientación (forma GO-01). En caso de fallecimiento del paciente, se recibe la notificación del familiar. 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 28	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. 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 31 32	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. 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. 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

RESPONSABLE	No. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
	34 35 36 37 38 39	Prescripción o Datos del Paciente (Forma MPDP-01). Verifica que los empaques colectivos y los bienes cumplan con las condiciones de calidad requeridas por el Instituto. Revisión de los bienes y aceptación de los bienes. 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). Detección de desviaciones en el transcurso de su uso. Reporta a la enfermera responsable del programa las desviaciones o faltantes de los bienes. 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 41	Recibe reporte de desviaciones por parte del paciente o familiar. 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 46	Aplica las penas deductivas correspondientes. 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
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 al 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 o director administrativo de UMAE, 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-Seis), suspendiendo las entregas subsecuentes (en original para el proveedor y 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 del Procedimiento 5.1 de este Manual)
	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 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 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-O1.

RESPONSABLE	No. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
		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 al 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 tenckoff 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 al proveedor en el caso de que en el transcurso del mes se incluya algún paciente al programa o haya alguna modificación. NOTA: En caso de baja del paciente, se le informa al 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 tenckoff 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 las Delegaciones y UMAE, en el momento que ocurra cualquier incumplimiento por parte del 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 del Instituto. Entrega al Instituto en la sede Delegacional, 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.
	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 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 del proveedor y gestionará las sanciones, a las que sean acreedoras.
Área de Abastecimiento de la Unidad	19	Revisa de 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.

RESPONSABLE	No. DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
	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 al Proveedor junto con la Remisión del Pedido dentro de los 3 días naturales posteriores a su recepción.
	26	Integra expediente con toda la documentación, anexando copia del alta
	27	Envía a la Delegación o UMAE, (previa autorización del Director) informe de las adquisiciones efectuadas durante el mes, a fin de que se operen los controles correspondientes en el 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 de la UMAE o en la Sede Delegacional 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 de las sedes Delegacionales y una vez revisada la documentación se turna a la Tesorería de la Delegación para el pago correspondiente; en las UMAE, se procede a efectuar el pago correspondiente al proveedor en la propia Unidad.
Proveedor	31	Recibe contra-recibo y se presenta para su cobro en la fecha señalada en la Tesorería Delegacional que corresponda
Delegación o UMAE	32	Recibe por parte de cada una de las Unidades Médicas para su control y análisis estadístico un reporte mensual.
	33	Actualiza la estadística de consumo a través de cierre mensual.
	34	De manera coordinada elaboran trimestralmente Programas de supervisión para verificar el cumplimiento del Programa.
	35	Analizan trimestralmente los programas de diálisis peritoneal (DPA) bajo los siguientes parámetros: (Mediante los formatos RDPA-01 Y RDPA02). Oportunidad. Cumplimiento de expectativas. Suministro Consumo contra programa de pacientes. Costo Beneficio.

NOTA: Del número de actividad del 3 al 36 del numeral 6.3 "Procedimiento de Trámite para la Elaboración del Pedido y Pago", se deberá llevar a cabo dentro de los próximos 8 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.

ANEXO T.5.1 (T PUNTO CINCO PUNTO UNO)

"FORMATO DE INGRESO DEL PACIENTE FIP-01"

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Formato de ingreso FIP-01

Datos del hospital

Fecha (1)

Unidad Médica (3) Delegación (2)

Médico que prescribe (4) Director de la Unidad Médica (5)

Datos del paciente

Nombre (6) UMF de Adscripción (7)

No de Afiliación (8) Agregado Médico (9)

Dirección Calle (10) No Exterior

No Interior Delegación/Municipio Colonia

C.P. Teléfono

(11)

Firma del paciente

Familiares Autorizados para recibir el producto.

Nombre: Partentesco Firma (12)

Nombre: Parentesco Firma (13)

Prescripción Médica		Cantidad de bolsas de diálisis	Programación de la máquina			
Clave	Descripción		Volumen total al infundir			ml
2356	Bolsa Gemela 1.5% 2L		Tiempo total del tratamiento		(15)	hrs
2352	Bolsa Gemela 1.5% 2L	(14)	Volumen a infundir			ml
2354	Bolsa Gemela 4.25% 2L		Volumen de útima infusión			ml
2350	Bolsa para máquina 1.5% 6L		Aviso de drenaje inicial			ml
2353	Bolsa para máquina 2.5% 6L		Objetivo de UF por terapia			ml
2355	Bolsa para máquina 4.25% 6L		Recambio diurno con bolsa gemela	Si( )	(16) No( )	1.5% 2.5% 4.25%

Salida definitiva

Fecha de la salida	(17)	Otras causas	(19)
Motivo	(18)		
Perdida de cavidad			
Falla de membrana			
Trasplante renal			
Defunción			

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.

ANEXO T.5.2 (T PUNTO CINCO PUNTO DOS)

"FORMATO DE MODIFICACIÓN MPDP-01"

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Formato de modificación MPDP-01

Datos del hospital

Fecha 1

Unidad Médica 3 — Delegación/UMAE 2

Médico que prescribe la modificación 4 — Director de la Unidad Médica 5

Nombre del paciente 6 — No de Afiliación 7 — Agregado Médico 8

Fecha de salida / reingreso 9

Clave	Descripción	Señale con una X la modificación que desee realizar	Cantidad de bolsas de diálisis	Salida Temporal	Señale con una X la causa de la salida
2356	Bolsa Gemela 1.5% 2L			Cirugia	
2352	Bolsa Gemela 1.5% 2L			Hospitalización	
2354	Bolsa Gemela 4.25% 2L	10	11	Peritonitis	
2350	Bolsa para máquina 1.5% 6L			Disfunción del catéter	
2353	Bolsa para máquina 2.5% 6L			Trasplante Renal	12
2355	Bolsa para máquina 4.25% 6L			Otras Causas	

Cambio de la Programación de la máquina

Volumen total al infundir ml

Tiempo total del tratamiento 13 hrs

Volumen a infundir ml

Volumen de útima infusión ml

Aviso de drenaje inicial ml

Objetivo de UF por terapia ml

Recambio diurno con bolsa gemela — Si( ) 16 — No( ) — 1.5% 2.5% 4.25%

Transferencia del programa

De DPA a DPCA

De DPCA a DPA 14

Causa 15

Cambio de domicilio del paciente.

Nombre 17 — UMF de Adscripción 18

No de Afiliación — Agregado Médico 19

Domicilio.

Dirección — Calle — No Exterior 20

No Interior — Delegación/Municipio — Colonia

C.P. — Teléfono

21

Firma del paciente

Familiares Autorizados para recibir el producto.

Nombre: — Partentesco — Firma 22

Nombre: — Parentesco — Firma 23

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.

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
Direrción / 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

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

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre del proveedor	Enunciar el nombre del proveedor del servicio de DPA o DPCA en la unidad médica que prescribe el tratamiento.
2	Datos de la Unidad Médica	Nombre de la unidad médica que prescribe el tratamiento.
3	Datos del paciente	Anotar Nombre del paciente: Apellido Paterno, Materno y Nombre, Numero de Afiliación: Número de seguridad social (10 dígitos sin espacio), Agregado médico (8 dígitos) y Domicilio: Calle, No Exterior, No Interior, Delegación /Municipio, Colonia, Código Postal, Teléfono.
4	Fecha de entrega	Fecha de entrega del producto al domicilio del paciente y periodo que comprende. dd/mm/aaaa
5	Clave	Clave de las bolsas de DPA o DPCA según corresponda que se entregan en el domicilio del paciente.
6	Presentación de las soluciones de Diálisis	Describir la presentación de las bolsas de diálisis de acuerdo a las concentraciones que son recibidas en el domicilio del paciente.
7	Cantidad Prescrita	Número de bolsas de diálisis prescritas por médico.
8	Existencia en Domicilio	Número de bolsas existentes en el domicilio del paciente en el momento de la entrega subsecuente.
9	Cantidad Entregada	Numero de bolsas entregadas en el domicilio del paciente.
10	Lote	Enunciar el lote de las bolsas de diálisis entregadas en el domicilio del paciente.
11	Caducidad	Fecha de caducidad de las bolsas de diálisis.
12	Nombre y firma de quien recibe	Nombre y firma de la persona autorizada en recibir las bolsas de diálisis.

ANEXO T.6 (T PUNTO SEIS)

"TABLA CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL DPA
CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL DPA"

PROVEEDOR	Del	DELEGACION	Tipo	Número	CLV PRES	No. CONTRATO	IMPORTE MENSUAL EJERCIDO	REALIZADO	Modalidad	MES	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

ANEXO T.7 (T PUNTO SIETE)

CARTA COMPROMISO DEVOLUCIÓN DE MÁQUINA CICLADORA

Yo……, con Numero de Seguridad Social……, domicilio ……y número telefónico ……, en programa de Diálisis Peritoneal Automatizada me comprometo a:
Devolver la máquina cicladora, marca_____, modelo_____.

Recibida en comodato por parte de la empresa ……una vez que haya causado baja definitiva del programa, toda vez que forma parte del Programa prestado por el Instituto Mexicano del seguro Social.

Nombre y Firma del Paciente Nombre y Firma del Familiar

…… ……

Fecha:……

ANEXO T.8 (T PUNTO OCHO)

"CONTROL DE RECUPERACIÓN DE BIENES / CLAVES DE DIÁLISIS PERITONEAL (DPCA Y DPA)"

Delegación /UMAE		Unidad Médica		
1.- Recuperación de bienes en domicilio de pacientes				
Fecha de recuperación de bienes:				
Nombre del Paciente :				
Motivo de Cancelación de envío de	Cambio de programa	Baja del Programa	Defunción	
PROGRAMA	DPCA	Cantidad	DPA	Cantidad
Tipo de soluciones	Clave 2356 (1.5%)		Clave 2350 (1.5%)	
	Clave 2352 (2.5%)		Clave 2353 (2.5%)	
	Clave 2354 (4.25%)		Clave 2355 (4.25%)	
Total				
Nombre del paciente o familiar responsable				
Firma del paciente o familiar responsable				
Nombre del representante del proveedor				
Firma del representante del proveedor				
2.- Entrega de Bienes/ Claves en Unidad Hospitalaria				
Fecha de entrega a Farmacia:				
PROGRAMA	DPCA	Cantidad	DPA	Cantidad
Tipo de soluciones	Clave 2356 (1.5%)		Clave 2350 (1.5%)	
	Clave 2352 (2.5%)		Clave 2353 (2.5%)	
	Clave 2354 (4.25%)		Clave 2355 (4.25%)	
Total				
Nombre de quien Entrega:				
Firma del representante del proveedor				
Nombre de Quien Recibe:				
Firma del personal de la unidad hospitalaria IMSS				

}

ANEXO TI 2 (TI DOS)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO
"ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD 2019"

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Se muestra de manera informativa el texto correspondiente al acuerdo de confidencialidad que deberá presentarse a firmar, en las oficinas de la **DSDICDS** el representante legal con facultades laborales del proveedor adjudicado.

==========

México D.F., a ___ de _____ de 20___

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

CLÁUSULAS

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

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

Segunda.- Obligación de No-Divulgación.- "EL PRESTADOR" reconoce que queda prohibida su difusión y/o utilización total o parcial en su favor o de terceros ajenos a la relación contractual, por cualquier medio, entre otros de manera enunciativa más no limitativa: vía oral, impresa, electrónica, magnética, óptica y en general por ningún medio conocido o por desarrollar, conforme a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LFPDPPP), Ley de la Propiedad Industrial y de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Si no se cumplen los términos de las leyes antes mencionadas serán sancionados en base a lo que estipule cada una de las mismas.

En este sentido, acepta que la prohibición señalada en el párrafo anterior, comprende inclusive, en forma enunciativa más no limitativa, que no se podrá llevar a cabo la difusión de la información con fines de lucro, comerciales, académicos, educativos o para cualquier otro, por lo que **"EL PRESTADOR"** se responsabiliza del uso y cuidado de la información, a nombre propio y de las personas que formen parte del mismo, así como del personal directivo, administrativo y operativo que las conformen.

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

1) Utilizar toda la información a que tenga acceso o generada con motivo de su prestación de servicio ante **"EL INSTITUTO"** únicamente para cumplimentar el objeto del contrato adjudicado.

2) Limitar la revelación de la información y documentación a que tenga acceso, únicamente a las personas que dentro de su propia organización se encuentren autorizadas para conocerla, haciendo responsable del uso que dichas personas puedan hacer de la misma.

3) No hacer copias de la información, sin la autorización por escrito de **"EL INSTITUTO"**.

4) No revelar a ningún tercero la información, sin la previa autorización por escrito de **"EL INSTITUTO"**.

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

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

"EL PRESTADOR" conviene en limitar el acceso de dicha información confidencial a sus empleados o representantes, sin embargo, necesariamente harán partícipes y obligados solidarios a aquéllos, respecto de sus obligaciones de confidencialidad aquí contraídas. Cualquier persona que tuviere acceso a dicha información, deberá ser advertida de lo convenido en este documento, comprometiéndose a observar y cumplir lo estipulado en este punto.
"EL PRESTADOR" acepta que todas las especificaciones, productos, estudios técnicos, informes, dictámenes, desarrollos, códigos fuente y programas, datos clínicos, así como todo aquello que se obtenga como resultado en la prestación del servicio, serán confidenciales.

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

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

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

El presente documento se regirá por las leyes vigentes en la Ciudad de México. Para todo lo relacionado con la interpretación y cumplimiento del presente Documento las Partes se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales competentes en la Ciudad de México, expresamente renunciando a cualquier otro fuero que pudiera corresponderles por razón de sus domicilios presentes o futuros o por cualquier otra causa.
Este documento se firma por duplicado al calce de cada una de sus hojas útiles por ambos lados, quedando un original en poder de cada una de las Partes, en Tokio 80, 4° 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 2019"

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 Automatizada, 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]**

ANEXO TI 4 (TI CUATRO)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO
"SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD 2019"
EN HOJA MEMBRETADA DE LA EMPRESA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CONVOCANTE (1)

(2)

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

(3)

- POR MEDIO DELA PRESENTE ME PONGO EN CONTACTO CON LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMCIÓN PARA LA SALUD Y ADMINSTRATIVOS DEPENDIENTE DE LA DIDT DEL IMSS, O EN SU DEFECTO AL ÁREA QUE, EN SU CASO, ABSORBA O REALICE LAS FUNCIONES DE ÉSTA A EFECTO DE SOLICITAR, EJECUTAR Y ACREDITAR LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE INFORMACIÓN BASADO EN EL ESTANDAR ECMA 262 DE JavaScript CONOCIDO COMO JSon (JavaScriptsT Object Notation)

LUGAR Y FECHA (4)

(5)

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL LICITANT

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO

No.	DATO	ANOTAR
1	Convocante o Área Adquiriente	Nombre de la convocante o área adquiriente
2	Nombre	Nombre completo del representante legal
3	Nombre o razón social del licitante	Nombre o razón social de la empresa licitante
4	Lugar y Fecha	Lugar y fecha de elaboración
5	Nombre y Firma	Nombre (s), apellido paterno, materno y firma del representante legal de la empresa licitante

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 1° de febrero 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 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 SEIN221003170001, recibido en esta jefatura en fecha 28 de enero de 2022, se registra bajo el número: **DQ/JSJ/DC/CAABDPA/2022/071.**

La validación jurídica se efectúo 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. Liliana Rodallegas Fuentes.
Titular 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. María del Rocio Sánchez Ramos.
Encargada del Departamento Consultivo.