CONTRATO **ABIERTO** PARA LA PRESTACIÓN DEL **"SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA ATENDER LAS NECESIDADES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 58, EJERCICIO 2026",** CON CARÁCTER **NACIONAL**, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE, EL EJECUTIVO FEDERAL POR CONDUCTO DE EL **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL** EN LO SUCESIVO **"EL INSTITUTO"**, REPRESENTADA POR EL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PONIENTE A TRAVES DEL **DR. TONATIHU ORTIZ CASTILLO**, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, Y POR LA OTRA LA PERSONA MORAL **CENTRO DE ASISTENCIA RENAL, S.A. DE C.V.** REPRESENTADA POR EL **C. LUIS ISRAEL MEJÍA GRACIDA** EN SU CARÁCTER DE APODERADO LEGAL, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ **"EL PARTICIPANTE "A",** EN PARTICIPACIÓN CONJUNTA CON LAS EMPRESAS **SERVICIOS MEDICOS Y DE EQUIPAMIENTO S.A. DE C.V.,** REPRESENTADA POR EL **C. ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ** EN SU CARÁCTER DE ADMINISTRADOR ÚNICO, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ **EL PARTICIPANTE "B", Y** POR **LAPI UNIDAD DE HEMODIALISIS, S.A. DE C.V., REPRESENTADA POR LA C. NADIA VERENICE GONZÁLEZ GONZÁLEZ** EN SU CARÁCTER DE **REPRESENTANTE LEGAL**, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ **EL PARTICIPANTE "C",** Y A QUIENES DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ **"LAS PARTES"**, AL TENOR DE LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

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

I. **"EL INSTITUTO"**, declara 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. Conforme a lo dispuesto por los artículos; 251 A y 268 A de la Ley del Seguro Social, 155 Fracción XV inciso b, 2 Fracción IV inciso a, 144 Fracciones I, XXIII y XXXVI del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social y el poder otorgado mediante Instrumento Notarial Numero 31,023 de fecha 03 de diciembre de 2024, ante la fe del Lic. Eduardo Francisco Garcia Villegas Sanchez Cordero titular de la notaria Número 248 de la ciudad de México en cuyo protocolo también actúa como asociado el Lic. Daniel Garcia Córdova, Titular de la Notaría Pública número 22 de la ciudad de México, mismo que quedó inscrito en el Registro Público de Organismos Descentralizados, bajo el Folio 97-7-10122024-192742 de fecha 10 de diciembre de 2024, en cumplimiento a lo ordenado en los artículos 24 y 25 de la

De conformidad con lo dispuesto en el primer y cuarto párrafo del ARTÍCULO 115 de la LGTAIP, en el presente contrato y en sus anexos se testa el dato correspondiente al REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES, lo anterior en virtud de que dicho dato corresponde al ámbito patrimonial y privado de las personas físicas, por lo que puede protegerse en su carácter de información confidencial.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales, el **Dr. Tonatihu Ortiz Castillo con R.F.C.** [redacted] es el servidor público que cuenta con facultades legales para celebrar el o, quien podrá ser sustituido en cualquier momento en su cargo o funciones, sin que por ello, sea necesario celebrar un convenio modificatorio.

I.3. De conformidad con el artículo 84, penúltimo párrafo del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, suscribe el presente instrumento a la **Dra. Sofía Lorena Arias Cabañas, Directora del Hospital General de Zona Número 58, con R.F.C.** [redacted], designada para dar seguimiento y verificar el cumplimiento de las obligaciones que deriven del objeto del presente contrato, quien podrá ser sustituida en cualquier momento bastando para tales efectos un comunicado por escrito y firmado por el servidor público facultado para ello, informando a **"EL PROVEEDOR"** para los efectos del presente contrato. **Anexo 4 (Cuatro).**

I.4. De conformidad con el artículo 2, Fracción I del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y numerales 5.3.8 inciso b de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de **"EL INSTITUTO"**, suscribe el presente instrumento la **Mtra. Vanessa Gabriela Ortega Pineda, Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, R.F.C** [redacted], es la servidora pública que cuenta con facultades legales para intervenir como **Área Contratante** en el procedimiento de la Licitación Pública Electrónica Nacional número **LA-50-GYR-050GYR024-N-11-2026,** del cual se deriva **"EL CONTRATO".**

I.5. De conformidad con el artículo 2, Fracción I del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y numerales 5.3.8 inciso b de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de **"EL INSTITUTO"**, suscribe el presente instrumento la **Lic. María Concepción Acierna Vargas, Jefa del Departamento de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios, R.F.C** [redacted] es la servidora pública que cuenta con facultades legales para intervenir como **Área Contratante** en el procedimiento de la Licitación Pública Electrónica Nacional número **LA-50-GYR-050GYR024-N-11-2026**, del cual se deriva **"EL CONTRATO".**

I.6. La Adjudicación del presente contrato se realizó mediante el procedimiento de Licitación Pública Electrónica de carácter Nacional Número **LA-50-GYR-050GYR024-N-11-2026**, al amparo de lo establecido en los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y los artículos, 35 Fracción I, 36, 39 Fracción I, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 66, 67 y 68 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) y 35, 39, 40, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51 Y 85 del Reglamento, así como las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de "EL INSTITUTO" y demás disposiciones aplicables en la materia.

COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Con fecha 30 de diciembre de 2025, la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento de **"EL INSTITUTO"**, a través de la **Lic. María Concepción Acierna Vargas**, emitió la notificación de Dictamen técnico y Notificación de fallo del procedimiento de contratación mencionado.

I.7. **"EL INSTITUTO"** cuenta con suficiencia presupuestaria otorgada mediante Certificado de Disponibilidad Presupuestal Previo con número de folio 0000021906-2026, de fecha 20 de octubre de 2025, emitido por la Mtra. Vanessa Gabriela Ortega Pineda, Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, que se agrega al presente contrato en el **Anexo 2 (Dos).**

I.8. Cuenta con el Registro Federal de Contribuyentes **IMS421231I45.**

I.9. Tiene establecido su domicilio en Josefa Ortiz de Domínguez S/N Esquina con Avenida Miguel Hidalgo, Colonia Santa Clara, Toluca, Estado de México, C.P. 50090 mismo que señala para los fines y efectos legales del presente contrato.

II. **"EL PROVEEDOR"** por conducto de su representante**,** declara que:

II.1 PARTICIPANTE "A":

II.1.1. Es Persona Moral legalmente constituida mediante Escritura Pública número 46,462 de fecha 13 de agosto de 2002, otorgada ante la Fe del Lic. Eduardo Flores Castro Altamirano, Titular de la Notaria Pública número 33 de la Ciudad de México, denominada **Centro de Asistencia Renal, S.A. de C.V.** cuyo objeto social es entre otros en la prestación profesional de la medicina en todas y cada una de sus ramas que directa o indirectamente se relacionen con la medicina y con la salud, proveer servicios de salud entre los que se encuentra la hemodiálisis y la colocación de catéteres e inscrita en el Registro Público de la Propiedad y Comercio, bajo la partida 270 del volumen 52, libro primero de comercio de Naucalpan de fecha 07 de marzo de 2003.

II.1.2. **El C. Luis Israel Mejía Gracida** en su carácter de Apoderado Legal, cuenta con facultades suficientes para suscribir el presente contrato y obligar a su representada como lo acredita con Escritura Pública número 100,448 de fecha 29 de agosto de 2024, emitida por el Lic. Nicolás Maluf Maloff, Notario Público número 13 del Estado de México, misma bajo protesta de decir verdad manifiesta que no le ha sido limitado ni revocado en forma alguna.

II.1.3. Reúne las condiciones técnicas, jurídicas y económicas, y cuenta con la organización y elementos necesarios para su cumplimiento.

II.1.4. Cuenta con su Registro Federal de Contribuyentes: **CAR 020813 DI6**

II.1.5. Acredita el cumplimiento de sus obligaciones fiscales en términos de lo dispuesto en el artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación vigente, incluyendo las de Aportaciones Patronales y Entero de Descuentos, ante el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores y las de Seguridad Social ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme a las Opiniones de Cumplimiento de Obligaciones Fiscales emitidas por el SAT, INFONAVIT e IMSS, respectivamente.

Acepta de conformidad con lo establecido en el artículo 40 B último párrafo de la Ley del Seguro Social, que en caso de incumplimiento en sus obligaciones en Materia de Seguridad Social, solicita se apliquen los recursos derivados del presente contrato, contra los adeudos que, en su caso, tuviera a favor de **"EL INSTITUTO".**

II.1.6. Tiene establecido su domicilio en [redacted], Teléfonos [redacted] correo electrónico: [redacted] mismo que señala para los fines y efectos legales del presente contrato.

II.2. PARTICIPANTE "B":

II.2.1. Es Persona Moral legalmente constituida mediante Acta Constitutiva No. 21,675 de fecha 23 de agosto de 2006, otorgada ante la Fe del Lic. José Ortiz Girón, Notario Público Provisional número 113 del Estado de México, denominada **Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.** cuyo objeto social es entre otros la compra, venta, servicio, capacitación, asesoría, consultoría, maquila, comercialización, importación, exportación y distribución de todo tipo de artículos y aparatos relacionados con el servicio médico y de cómputo, así como de los bienes y productos demandados, e inscrita en el Registro Público de la Propiedad y Comercio, con el folio16945*9, de fecha 20 de diciembre de 2006.

II.2.2. El **C. Alberto González Fernández** en su carácter de Administrador Único, cuenta con facultades suficientes para suscribir el presente contrato y obligar a su representada como lo acredita con Escritura Pública número 21,675 de fecha 23 de agosto de 2006, emitida por el Lic. José Ortiz Girón, Notario Público provisional número 113 del Estado de México, misma bajo protesta de decir verdad manifiesta que no le ha sido limitado ni revocado en forma alguna.

II.2.3. Reúne las condiciones técnicas, jurídicas y económicas, y cuenta con la organización y

UIPAMIENTO

De conformidad con lo dispuesto en el primer y cuarto párrafo del ARTÍCULO 115 de la LGTAIP, en el presente contrato y en sus anexos se testan los datos correspondientes al DOMICILIO, NÚMERO TELEFÓNICO Y CORREO ELECTRÓNICO, lo anterior en virtud de que dichos datos corresponden al ámbito patrimonial y privado de las personas físicas, por lo que pueden protegerse en su carácter de información confidencial.

elementos necesarios para su cumplimiento.

II.2.4. Cuenta con su Registro Federal de Contribuyentes: **SME0608231D6**

II.2.5. Acredita el cumplimiento de sus obligaciones fiscales en términos de lo dispuesto en el artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación vigente, incluyendo las de Aportaciones Patronales y Entero de Descuentos, ante el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores y las de Seguridad Social ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme a las Opiniones de Cumplimiento de Obligaciones Fiscales emitidas por el SAT, INFONAVIT e IMSS, respectivamente.

Acepta de conformidad con lo establecido en el artículo 40 B último párrafo de la Ley del Seguro Social, que en caso de incumplimiento en sus obligaciones en Materia de Seguridad Social, solicita se apliquen los recursos derivados del presente contrato, contra los adeudos que, en su caso, tuviera a favor de **"EL INSTITUTO".**

II.2.6. Tiene establecido su domicilio en [redacted], Tel. [redacted] correo electrónico: [redacted] mismo que señala para los fines y efectos legales del presente contrato.

II.3. PARTICIPANTE "C":

II.3.1. Es Persona Moral legalmente constituida mediante Escritura Pública número 32,928 de fecha 11 de mayo de 2009, otorgada ante la Fe del Lic. José Eugenio Castañeda Escobedo, Titular de la Notaria Pública 211 de La Ciudad de México, denominada **Lapi Unidad de Hemodiálisis, S.A. de C.V.** cuyo objeto social es, entre otros en la valoración, diagnóstico y tratamiento del estado físico y psíquico del individuo, estudios diversos para la valoración de la salud y el estado físico del ser humano con equipos de rayos x, ultrasonografía, cardiovascular y todos aquellos que en el presente y en el futuro sean necesarios o convenientes para la valoración de la salud, otorgar atención médica integral oportuna y de calidad, en pacientes con insuficiencia renal crónica, en tratamientos sustitutivos de la función renal con hemodiálisis e inscrita en el Registro Público de la Propiedad y Comercio del Distrito Federal, bajo el Folio mercantil: 398197-1 de fecha 05 de junio de 2009.

II.3.2. **La C. Nadia Verenice González González** en su carácter de representante legal, cuenta con facultades suficientes para suscribir el presente contrato y obligar a su representada como lo acredita con Escritura Pública número 105,847 de fecha 10 de noviembre de 2021, emitida por el Lic. Gonzálo M. Ortíz Blanco, Notario Público número 98 de la Ciudad de México,

De conformidad con lo dispuesto en el primer y cuarto párrafo del ARTÍCULO 115 de la LGTAIP, en el presente contrato y en sus anexos se testan los datos correspondientes al DOMICILIO, NÚMERO TELÉFONICO Y CORREO ELECTRÓNICO, lo anterior en virtud de que dichos datos corresponden al ámbito patrimonial y privado de las personas físicas, por lo que pueden protegerse en su carácter de información confidencial.

misma bajo protesta de decir verdad manifiesta que no le ha sido limitado ni revocado en forma alguna.

II.3.3. Reúne las condiciones técnicas, jurídicas y económicas, y cuenta con la organización y elementos necesarios para su cumplimiento.

II.3.4. Cuenta con su Registro Federal de Contribuyentes: **LUH090511TD3**

II.3.5. Acredita el cumplimiento de sus obligaciones fiscales en términos de lo dispuesto en el artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación vigente, incluyendo las de Aportaciones Patronales y Entero de Descuentos, ante el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores y las de Seguridad Social ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme a las Opiniones de Cumplimiento de Obligaciones Fiscales emitidas por el SAT, INFONAVIT e IMSS, respectivamente.

Acepta de conformidad con lo establecido en el artículo 40 B último párrafo de la Ley del Seguro Social, que en caso de incumplimiento en sus obligaciones en Materia de Seguridad Social, solicita se apliquen los recursos derivados del presente contrato, contra los adeudos que, en su caso, tuviera a favor de **"EL INSTITUTO".**

II.3.6. Tiene establecido su domicilio en [redacted], Teléfono: [redacted] correo electrónico: [redacted] mismo que señala para los fines y efectos legales del presente contrato.

III. De "LAS PARTES":

III.1. Que es su voluntad celebrar el presente contrato y sujetarse a sus términos y condiciones, por lo que de común acuerdo se obligan de conformidad con las siguientes:

C L A U S U L A S

PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO.

"EL PROVEEDOR" acepta y se obliga a proporcionar a **"EL INSTITUTO"** la Prestación del Servicio de Hemodiálisis Subrogada para atender las necesidades del Hospital General de Zona No. 58, ejercicio 2026, en los términos y condiciones establecidos en la convocatoria, este contrato y sus anexos que forman parte integrante del mismo.

Los anexos se enuncian a continuación:

O Y EQUIPAMIENTO

De conformidad con lo dispuesto en el primer y cuarto párrafo del ARTÍCULO 115 de la LGTAIP, en el presente contrato y en sus anexos se testan los datos correspondientes al DOMICILIO, NÚMERO TELEFÓNICO Y CORREO ELECTRÓNICO, lo anterior en virtud de que dichos datos corresponden al ámbito patrimonial y privado de las personas físicas, por lo que pueden protegerse en su carácter de información confidencial.

- **Anexo 1 (Uno)** "Descripción Amplia y Detallada del Servicio, Cantidades mínimas y máximas, Precios unitarios, Términos y Condiciones, Anexo Técnico para el ejercicio 2026".

- **Anexo 2 (Dos)** "Certificado de Disponibilidad Presupuestal Previo"
- **Anexo 3 (Tres)** "Formato fianza de cumplimiento de contrato"
- **Anexo 4 (Cuatro**) "Designación del Administrador"
- **Anexo 5 (Cinco)** "Procedimiento para la recepción, glosa y aprobación de documentos presentados para trámite de pago y la constitución, modificación, cancelación, operación y control de fondos fijos".
- **Anexo 6 (Seis)** "Convenio de participación conjunta"
- **Anexo 7 (Siete)** "Formatos de Anexos Técnicos"

T 0	Oferta Técnica
T1	" Requerimiento de sesiones para pacientes en Hemodiálisis Subrogada por Partida"
T2	Especificaciones del equipo médico e insumos para hemodiálisis; Características de la máquina de hemodiálisis; Unidad de reprocesamiento de dializadores (en caso de optar por reprocesamiento de dializadores); Bienes de Consumo para hemodiálisis de adulto y pediátrico; Accesos vasculares; catéteres temporales, permanente e injertos vasculares tubulares heterólogos; Descripción técnica del sillón clínico
T3	Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas
T4	Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada
T5	Calendario para entrega de las pruebas de la calidad del agua de hemodiálisis subrogada
T6	Calendario para entrega mensual de catéteres
T7	Tabla cifras de control de registro nominal hemodiálisis subrogado

T8	Directorio de Unidades Médicas
T9	Formato de Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03)
T9 Bis	Características de operación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada.
T10	Relación de Asistencia de Pacientes en Hemodiálisis Subrogada.
TI.1	Solicitud de pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7.
TI.2	Escrito en formato libre.
TI.3	Acuerdo de Confidencialidad.
TI.4	Designación de Contacto responsable.
TI.5	Designación de Sistema y Empresa Soporte.

SEGUNDA. MONTO DEL CONTRATO.

El precio unitario del presente contrato, expresado en moneda nacional se encuentra plasmado en el **Anexo 1 (Uno)**.

"EL INSTITUTO" pagará a **"EL PROVEEDOR"** como contraprestación por los servicios objeto de este contrato, la cantidad mínima de **$45,000,628.20 (Cuarenta y cinco millones seiscientos veintiocho pesos 20/100 M.N.)** más impuestos por **$7,200,100.51 (Siete millones doscientos mil cien pesos 51/100 M.N.)** y un monto máximo de **$90,001,256.40 (noventa millones un mil doscientos cincuenta y seis pesos 40/100 M.N.),** más impuestos que asciende a **$14,400,201.02 (Catorce millones cuatrocientos mil doscientos un pesos 02/100 M.N.).**

El precio unitario es considerado fijo y en moneda nacional **(peso mexicano)** hasta que concluya la relación contractual que se formaliza, incluyendo todos los conceptos y costos involucrados en la Prestación del Servicio de Hemodiálisis Subrogada para atender las necesidades del Hospital General de Zona No. 58, ejercicio 2026, por lo que **"EL PROVEEDOR"** no podrá agregar ningún costo extra y los precios serán inalterables

durante la vigencia del presente contrato.

TERCERA. ANTICIPO.

Para el presente contrato **"EL INSTITUTO"** no otorgará anticipo a **"EL PROVEEDOR"**

CUARTA. FORMA Y LUGAR DE PAGO

"EL INSTITUTO" efectuará el pago a través de transferencia electrónica en pesos de los Estados Unidos Mexicanos, a mes vencido, conforme a los servicios efectivamente prestados y a entera satisfacción del administrador del contrato y de acuerdo con lo establecido en el **Anexo 1 (Uno)** que forma parte integrante de este contrato.

El pago se deberá realizar en un plazo máximo de 20 (veinte) días naturales siguientes, contados a partir de la fecha en que sea entregado y aceptado el Comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI) o factura electrónica a **"EL INSTITUTO"**, con la aprobación (firma) del Administrador del presente contrato.

El cómputo del plazo para realizar el pago se contabilizará a partir del día hábil siguiente de la aceptación del CFDI o factura electrónica, y ésta reúna los requisitos fiscales que establece la legislación en la materia, el desglose de los servicios prestados, los precios unitarios, se verifique su autenticidad, no existan aclaraciones al importe y vaya acompañada con la documentación soporte de los servicios prestados facturados.

De conformidad con el artículo 90 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, en caso de que el CFDI o factura electrónica entregado presente errores, el Administrador del presente contrato o quien éste designe por escrito, dentro de los 3 (tres) días hábiles siguientes de su recepción, indicará a **"EL PROVEEDOR"** las deficiencias que deberá corregir; por lo que, el procedimiento de pago reiniciará en el momento en que **"EL PROVEEDOR"** presente el CFDI y/o documentos soporte corregidos y sean aceptados.

El tiempo que **"EL PROVEEDOR"** utilice para la corrección del CFDI y/o documentación soporte entregada, no se computará para efectos de pago, de acuerdo con lo establecido en el artículo 73 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del

Sector Público.

El CFDI o factura electrónica deberá ser presentada físicamente en forma impresa.

El CFDI o factura electrónica se deberá presentar desglosando el impuesto cuando aplique.

"EL PROVEEDOR" manifiesta su conformidad que, hasta en tanto no se cumpla con la verificación, supervisión y aceptación de la prestación de los servicios, no se tendrán como recibidos o aceptados por el Administrador del presente contrato.

Para efectos de trámite de pago, **"EL PROVEEDOR"** deberá ser titular de una cuenta bancaria, en la que se efectuará la transferencia electrónica de pago, respecto de la cual deberá proporcionar toda la información y documentación que le sea requerida por **"EL INSTITUTO",** para efectos del pago.

"EL PROVEEDOR" deberá presentar la información y documentación que **"EL INSTITUTO"** le solicite para el trámite de pago de acuerdo al anexo del "Procedimiento para la recepción, glosa y aprobación de documentos presentados para trámite de pago y la constitución, modificación, cancelación, operación y control de fondos fijos" **Anexo 5 (Cinco)** de la cuenta contable del procedimiento, atendiendo a las disposiciones legales e internas de **"EL INSTITUTO"** en los plazos normados por la Dirección de Finanzas, en el mismo.

De conformidad con lo dispuesto en el ARTÍCULO 113, FRACCIÓN III, de la LGTAIP, en el presente contrato se tasta los datos correspondientes a la **Cuenta Bancaria** lo anterior, en virtud de que dichos datos corresponden al ámbito patrimonial y privado de las personas morales por lo que pueden protegerse en su carácter de información confidencial.

El pago de la prestación de los servicios recibidos quedará condicionado al pago que **"EL PROVEEDOR"** deba efectuar por concepto de penas convencionales y en su caso deductivas.

Para el caso de que se presenten pagos en exceso, se estará a lo dispuesto por el artículo 73, párrafo tercero, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Para efectos de trámite de pago, conforme a lo establecido en el SIAFF, **"EL PROVEEDOR"** deberá ser titular de una cuenta de cheques vigente y para tal efecto proporciona la cuenta número [redacted] a

De conformidad con lo dispuesto en el ARTÍCULO 115 FRACCIÓN III, de la LGTAIP, en el presente contrato se testa los datos correspondentes a la Cuenta Bancaria lo anterior, en virtud de que dichos datos corresponden al ámbito patrimonial y privado de las personas morales por lo que pueden protegerse en su carácter de información confidencial.

[redacted] en la que se efectuará la transferencia electrónica de pago.

El CFDI deberá presentarse en el Departamento de Presupuesto, Contabilidad y Erogaciones, ubicado en la calle José María Morelos y Pavón esquina con Josefa Ortiz de Domínguez, Colonia Centro, C.P. 50000, Toluca, Estado de México, en un horario de 08:00 a 13:00 horas de lunes a viernes, para proceder a su glosa, revisión y, en su caso, aprobación. Dicho CFDI deberá contener el nombre, cargo y firma de autorización del administrador del presente contrato, de quien suscribió la orden de compra. Asimismo, en dicho CFDI se deberán indicar: número de alta en SAI o número de identificación de pedido-recepción en PREI-Millenium (cuando sea aplicable), número de proveedor, número de contrato, número de garantía de cumplimiento que se haya aceptado, denominación social de la institución que otorga la garantía de cumplimiento y la indicación de que **"EL PROVEEDOR"** cuenta con opiniones positivas y vigentes en materia de aportaciones de seguridad social ante **"EL INSTITUTO"** e INFONAVIT, así como de obligaciones fiscales ante el SAT.

"EL PROVEEDOR" deberá expedir sus CFDI en el esquema de facturación electrónica, con las especificaciones normadas en los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación (CFF), así como las que emita el Servicio de Administración Tributaria (SAT) a nombre de **"EL INSTITUTO"**, con Registro Federal de Contribuyentes IMS421231I45 y en caso de ser necesario como dato adicional, el domicilio en Avenida Paseo de la Reforma Núm. 476 en la Colonia Juárez, C.P. 06600, Demarcación Territorial Cuauhtémoc, Ciudad de México.

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"** 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" manifiesta su conformidad que, hasta en tanto no se cumpla con la verificación, supervisión y aceptación de la prestación de los servicios, no se tendrán como recibidos o aceptados por el Administrador del presente contrato mencionado en la Declaración I.3.

COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

QUINTA. LUGAR, PLAZOS Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

La prestación de los servicios se realizará conforme a los plazos, condiciones y entregables establecidos por **"EL INSTITUTO"** en el Anexo **1 (Uno)**.

Los servicios serán prestados en el domicilio señalado en el **Anexo 1 (Uno)**.

En los casos que derivado de la verificación se detecten defectos o discrepancias en la prestación del servicio o incumplimiento en las especificaciones técnicas, **"EL PROVEEDOR"** contará con un plazo de acuerdo al **Anexo 1 (Uno)** para la reposición o corrección, contados a partir del momento de la notificación por correo electrónico y/o escrito, sin costo adicional para **"EL INSTITUTO".**

SEXTA. VIGENCIA

"LAS PARTES" convienen en que la vigencia del presente contrato será del **01 de enero de 2026 al 30 de junio de 2026.**

SÉPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO.

"LAS PARTES" están de acuerdo que **"EL INSTITUTO"** por razones fundadas y explícitas podrá ampliar el monto o la cantidad de los servicios, de conformidad con el artículo 74 de la **"LAASSP",** siempre y cuando las modificaciones no rebasen en su conjunto el 20% (veinte por ciento) de los establecidos originalmente, el precio unitario sea igual al originalmente pactado y el contrato esté vigente. La modificación se formalizará mediante la celebración de un Convenio Modificatorio.

"EL INSTITUTO", podrá ampliar la vigencia del presente instrumento, siempre y cuando, no implique incremento del monto contratado o de la cantidad de los servicios solicitados, siendo necesario que se obtenga el previo consentimiento de **"EL PROVEEDOR"**.

De presentarse caso fortuito o fuerza mayor, o por causas atribuibles a **"EL INSTITUTO"**, se podrá modificar el plazo del presente instrumento jurídico, debiendo acreditar dichos supuestos con las constancias respectivas. La modificación del plazo por caso fortuito o fuerza mayor podrá ser solicitada por cualquiera de **"LAS PARTES".**

En los supuestos previstos en el párrafo anterior, no procederá la aplicación de penas convencionales por atraso.

Cualquier modificación al presente contrato deberá formalizarse a través de la Plataforma, por el servidor público de **"EL INSTITUTO"** que lo haya hecho, o quien lo sustituya o esté facultado para ello, para lo cual **"EL PROVEEDOR"** realizará el ajuste respectivo de la garantía de cumplimiento, en términos del artículo 91, último párrafo del Reglamento de la **"LAASSP"**, salvo que por disposición legal se encuentre exceptuado de presentar garantía de cumplimiento.

"EL INSTITUTO" se abstendrá de hacer modificaciones que se refieran a precios, anticipos, pagos progresivos, especificaciones y, en general, cualquier cambio que implique otorgar condiciones más ventajosas a un proveedor comparadas con las establecidas originalmente.

OCTAVA. GARANTÍAS DE LOS SERVICIOS

Para la prestación de los servicios materia del presente contrato, no se requiere que "**EL PROVEEDOR"** presente una garantía por la calidad de los servicios contratados.

NOVENA. GARANTÍA(S).

A) CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

Conforme a los artículos 69, fracción II, 70, fracción II, de la **"LAASSP";** 85, fracción III, y 103 de su Reglamento; y 166 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, "**EL PROVEEDOR**" se obliga a constituir una garantía **divisible,** la cual sólo se hará efectiva en la proporción correspondiente al incumplimiento de la obligación principal, mediante fianza expedida por compañía afianzadora mexicana autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, a favor **del Instituto Mexicano del Seguro Social**, por un importe equivalente al **10%** del monto total del contrato, sin incluir el IVA.

Dicha fianza deberá ser entregada a **"EL INSTITUTO"**, a más tardar dentro de los 10 (diez) días naturales posteriores a la firma del presente contrato en la oficina de contratos, en la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, con Domicilio en Km. 4.5. Vialidad Toluca -Tenango, Col. La Michoacana, Barrio del Espíritu Santo, C.P. 52140,

Metepec, Estado de México, en un horario de 08:00 a 16:00 hrs. **Anexo 3 (Tres).**

Si las disposiciones jurídicas aplicables lo permiten, la entrega de la garantía de cumplimiento se podrá realizar de manera electrónica.

En caso de que **"EL PROVEEDOR"** incumpla con la entrega de la garantía en el plazo establecido, **"EL INSTITUTO"** podrá rescindir el contrato y dará vista al Órgano Interno de Control para que proceda en el ámbito de sus facultades.

La garantía de cumplimiento no será considerada como una limitante de responsabilidad de **"EL PROVEEDOR"**, derivada de sus obligaciones y garantías estipuladas en el presente instrumento jurídico, y no impedirá que **"EL INSTITUTO"** reclame la indemnización por cualquier incumplimiento que pueda exceder el valor de la garantía de cumplimiento.

En caso de incremento al monto del presente instrumento jurídico o modificación al plazo, **"EL PROVEEDOR"** se obliga a entregar a **"EL INSTITUTO",** dentro de los 10 (diez días) naturales siguientes a la formalización del mismo, de conformidad con el último párrafo del artículo 91, del Reglamento de la **"LAASSP"**, los documentos modificatorios o endosos correspondientes, debiendo contener en el documento la estipulación de que se otorga de manera conjunta, solidaria e inseparable de la garantía otorgada inicialmente.

Cuando la contratación abarque más de un ejercicio fiscal, la garantía de cumplimiento del contrato, podrá ser por el porcentaje que corresponda del monto total por erogar en el ejercicio fiscal de que se trate, y deberá ser renovada por **"EL PROVEEDOR"** cada ejercicio fiscal por el monto que se ejercerá en el mismo, la cual deberá presentarse a **"EL INSTITUTO"** a más tardar dentro de los primeros diez días naturales del ejercicio fiscal que corresponda.

Una vez cumplidas las obligaciones a satisfacción, el Administrador del contrato procederá inmediatamente a extender la constancia de cumplimiento de las obligaciones contractuales y dará inicio a los trámites para la cancelación de la garantía cumplimiento del contrato, lo que comunicará a **"EL PROVEEDOR".**

B) GARANTÍA PARA RESPONDER POR VICIOS OCULTOS.

"NO APLICA"

DÉCIMA. OBLIGACIONES DE "EL PROVEEDOR"

"EL PROVEEDOR", se obliga a:

a) Prestar los servicios en las fechas o plazos y lugares establecidos conforme a lo pactado en el presente contrato y anexos respectivos.
b) Cumplir con las especificaciones técnicas, de calidad y demás condiciones establecidas en el presente contrato y sus respectivos anexos.
c) Asumir la responsabilidad de cualquier daño que llegue a ocasionar a **"EL INSTITUTO"** o a terceros con motivo de la ejecución y cumplimiento del presente contrato.
d) Proporcionar la información que le sea requerida por la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno y el Órgano Interno de Control, de conformidad con el artículo 107 del Reglamento de la **"LAASSP"**.
e) Mantener al corriente sus obligaciones fiscales durante la vigencia del presente contrato.
f) **"LAS PARTES"** que suscriben el presente contrato en su carácter de **"EL PROVEEDOR"**, asumen las obligaciones materia de este instrumento jurídico en forma ***mancomunada o solidaria*** conforme a lo estipulado en el convenio de participación conjunta. **Anexo 6 (Seis).**
g) Entregar bimestralmente, las constancias de cumplimiento de la inscripción y pago de cuotas al Instituto Mexicano del Seguro Social del personal que utilice para la prestación de los servicios.
h) **"EL PROVEEDOR"** se obliga a integrarse al Registro de Proveedores para la Integridad ante **"EL INSTITUTO"** en un periodo no mayor a 30 días naturales posteriores a la formalización del contrato.

DÉCIMA PRIMERA. OBLIGACIONES DE "EL INSTITUTO"

"EL INSTITUTO", se obliga a:

a) Otorgar las facilidades necesarias, a efecto de que **"EL PROVEEDOR"** lleve a cabo en

los términos convenidos la prestación de los servicios objeto del contrato.

b) Realizar el pago correspondiente en tiempo y forma.

c) Extender a **"EL PROVEEDOR",** por conducto del servidor público facultado, la constancia de cumplimiento de obligaciones contractuales inmediatamente que se cumplan éstas a satisfacción expresa de dicho servidor público para que se dé trámite a la cancelación de la garantía de cumplimiento del presente contrato.

DÉCIMA SEGUNDA. ADMINISTRACIÓN, VERIFICACIÓN, SUPERVISIÓN Y ACEPTACIÓN DEL SERVICIO.

"EL INSTITUTO" designa como Administrador del presente contrato a la **Dra. Sofía Lorena Arias Cabañas, Directora del Hospital General de Zona Número 58, con R.F.C.** [redacted] quien dará seguimiento y verificará el cumplimiento de los derechos y obligaciones establecidos en este instrumento.

Los servicios se tendrán por recibidos previa revisión del administrador del presente contrato, la cual consistirá en la verificación del cumplimiento de las especificaciones establecidas y en su caso en los anexos respectivos, así como las contenidas en la propuesta técnica

"EL INSTITUTO", a través del Administrador del contrato, rechazará los servicios, que no cumplan las especificaciones establecidas en este contrato y en sus Anexos, obligándose **"EL PROVEEDOR"** en este supuesto a realizarlos nuevamente bajo su responsabilidad y sin costo adicional para **"EL INSTITUTO",** sin perjuicio de la aplicación de las penas convencionales o deducciones al cobro correspondientes.

"EL INSTITUTO", a través del Administrador del contrato, podrá aceptar los servicios que incumplan de manera parcial o deficiente las especificaciones establecidas en este contrato y en los anexos respectivos, sin perjuicio de la aplicación de las deducciones al pago que procedan, y reposición del servicio, cuando la naturaleza propia de éstos lo permita.

DÉCIMA TERCERA. DEDUCCIONES

"EL INSTITUTO" aplicará deducciones al pago por el incumplimiento parcial o deficiente,

De conformidad con lo dispuesto en el primer y cuarto párrafo del ARTÍCULO 115 de la LGTAIP, en el presente contrato y en sus anexos se tasta el dato correspondiente al REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES, lo anterior en virtud de que dicho dato corresponda al ámbito patrimonial y privado de las personas físicas, por lo que puede protegerse en su carácter de información confidencial.

UIPAMIENTO

en que incurra **"EL PROVEEDOR"** conforme a lo estipulado en las cláusulas del presente contrato y sus anexos respectivos, las cuales se calcularán conforme a los conceptos señalados en los Términos y Condiciones Anexo **1 (Uno)**, proporcionados en forma parcial o deficiente. Las cantidades a deducir se aplicarán en el CFDI o factura electrónica que **"EL PROVEEDOR"** presente para su cobro, en el pago que se encuentre en trámite o bien en el siguiente pago.

De no existir pagos pendientes, se requerirá a **"EL PROVEEDOR"** que realice el pago de la deductiva a través del esquema e5cinco Pago Electrónico de Derechos, Productos y Aprovechamientos (DPA´s), a favor del Instituto Mexicano del Seguro Social. En caso de negativa se procederá a hacer efectiva la garantía de cumplimiento del contrato.

Las deducciones económicas se aplicarán sobre la cantidad indicada sin incluir impuestos.

El cálculo de las deducciones correspondientes las realizará el Administrador del contrato de **"EL INSTITUTO",** cuyá notificación se realizará por escrito o vía correo electrónico, dentro de los 5 días hábiles posteriores al incumplimiento parcial o deficiente.

DÉCIMA CUARTA. PENAS CONVENCIONALES.

En caso que **"EL PROVEEDOR"** incurra en atraso en el cumplimiento conforme a lo pactado para la prestación de los servicios objeto del presente contrato, conforme a lo establecido en Términos y Condiciones en el **Anexo 1 (Uno)**, parte integral del presente contrato, **"EL INSTITUTO"** por conducto del administrador del contrato aplicará la pena convencional equivalente establecida en los Términos y Condiciones en el **Anexo 1 (Uno)** por cada día de atraso sobre la parte de los servicios no prestados, de conformidad con este instrumento legal y sus respectivos anexos.

El Administrador determinará el cálculo de la pena convencional, cuya notificación se realizará por escrito o vía correo electrónico, dentro de los 5 días hábiles posteriores al atraso en el cumplimiento de la obligación de que se trate.

Formula: **PCA= %D X NDA X VSPA**

Donde:

PCA = Pena Convencional Aplicable.

%D = Porcentaje determinado en la convocatoria, invitación, cotización, contrato o pedido por cada día de atraso en el inicio de la prestación de los bienes y/o servicios.

NDA = Número de días de atraso

VSPA = Valor de los servicios prestados con atraso, sin IVA.

El pago de los servicios quedará condicionado, proporcionalmente, al pago que **"EL PROVEEDOR"** deba efectuar por concepto de penas convencionales por atraso; en el supuesto que el contrato sea rescindido en términos de lo previsto en la CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA DE RESCISIÓN, no procederá el cobro de dichas penas ni la contabilización de las mismas al hacer efectiva la garantía de cumplimiento del contrato.

El pago de la pena podrá efectuarse a través del esquema e5cinco Pago Electrónico de Derechos, Productos y Aprovechamientos (DPA´s), a favor del Instituto Mexicano del Seguro Social; o bien, a través de un comprobante de egreso (CFDI de Egreso) conocido comúnmente como Nota de Crédito, en el momento en el que emita el comprobante de Ingreso (Factura o CFDI de Ingreso) por concepto de los servicios, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

El importe de la pena convencional, no podrá exceder el equivalente al monto total de la garantía de cumplimiento del contrato, y en el caso de no haberse requerido esta garantía, no deberá exceder del 20% (Veinte por ciento) del monto total del contrato.

Cuando **"EL PROVEEDOR"** quede exceptuado de la presentación de la garantía de cumplimiento, en los supuestos previsto en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, el monto máximo de las penas convencionales por atraso que se puede aplicar, será del 20% (Veinte por ciento) del monto de los servicios prestados fuera de la fecha convenida, de conformidad con lo establecido en el tercer párrafo del artículo 96 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

DÉCIMA QUINTA. LICENCIAS, AUTORIZACIONES Y PERMISOS

"EL PROVEEDOR" se obliga a observar y mantener vigentes las licencias, autorizaciones, permisos o registros requeridos para el cumplimiento de sus obligaciones.

DÉCIMA SEXTA. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Para la prestación de los servicios materia del presente contrato, no se requiere que **"EL PROVEEDOR"** contrate una póliza de seguro por responsabilidad civil.

DÉCIMA SÉPTIMA. TRANSPORTE.

"EL PROVEEDOR" se obliga bajo su costa y riesgo, a transportar los bienes e insumos necesarios para la prestación del servicio, desde su lugar de origen, hasta las instalaciones señaladas en los Términos y Condiciones del **Anexo 1 (Uno)** del presente contrato.

DÉCIMA OCTAVA. IMPUESTOS Y DERECHOS.

Los impuestos, derechos y gastos que procedan con motivo de la prestación de los servicios, objeto del presente contrato, serán pagados por **"EL PROVEEDOR"**, mismos que no serán repercutidos a **"EL INSTITUTO"**.

"EL INSTITUTO" sólo cubrirá, cuando aplique, lo correspondiente al Impuesto al Valor Agregado (IVA), en los términos de la normatividad aplicable y de conformidad con las disposiciones fiscales vigentes.

DÉCIMA NOVENA. PROHIBICIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES

"EL PROVEEDOR" no podrá ceder total o parcialmente los derechos y obligaciones derivados del presente contrato, a favor de cualquier otra persona física o moral, con excepción de los derechos de cobro, en cuyo caso se deberá contar con la conformidad previa y por escrito de **"EL INSTITUTO"**.

Se exceptúa de lo anterior en el caso de fusión, escisión, o transformación de sociedades,

siempre que la nueva sociedad que resulte cuente con la solvencia técnica, jurídica y económica exigidas al adjudicarse el contrato, cumpla con lo dispuesto en el Reglamento de la **"LAASSP"** y no se encuentre en los supuestos de impedimento previstos en la **"LAASSP"**.

VIGÉSIMA. DERECHOS DE AUTOR, PATENTES Y/O MARCAS.

"EL PROVEEDOR" será responsable en caso de infringir patentes, marcas o viole otros registros de derechos de propiedad industrial a nivel nacional e internacional, con motivo del cumplimiento de las obligaciones del presente contrato, por lo que, se obliga a responder personal e ilimitadamente de los daños y perjuicios que pudiera causar a **"EL INSTITUTO"** o a terceros.

De presentarse alguna reclamación en contra de **"EL INSTITUTO"**, por cualquiera de las causas antes mencionadas, **"EL PROVEEDOR"**, se obliga a salvaguardar los derechos e intereses de **"EL INSTITUTO"** de cualquier controversia, liberándola de toda responsabilidad de carácter civil, penal, mercantil, fiscal o de cualquier otra índole, sacándola en paz y a salvo.

En caso de que **"EL INSTITUTO"** tuviese que erogar recursos por cualquiera de estos conceptos, **"EL PROVEEDOR"** se obliga a reembolsar de manera inmediata los recursos erogados por aquella.

VIGESIMA PRIMERA CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

"LAS PARTES" acuerdan que la información que se intercambie de conformidad con las disposiciones del presente instrumento, se tratarán de manera confidencial, siendo de uso exclusivo para la consecución del objeto del presente contrato y no podrá difundirse a terceros de conformidad con lo establecido en las disposiciones vigentes en materia de transparencia y acceso a la información pública y de protección de datos personales.

Para el tratamiento de los datos personales que **"LAS PARTES"** recaben con motivo de la celebración del presente contrato, deberá de realizarse con base en lo previsto en los Avisos de Privacidad respectivos.

COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Por tal motivo, **"EL PROVEEDOR"** asume cualquier responsabilidad que se derive del incumplimiento de su parte, o de sus empleados, a las obligaciones de confidencialidad descritas en el presente contrato.

Asimismo **"EL PROVEEDOR"** deberá observar lo establecido en el Anexo aplicable a la Confidencialidad de la información del presente Contrato.

VIGÉSIMA SEGUNDA. SUSPENSIÓN TEMPORAL DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

Con fundamento en el artículo 80 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 102, fracción II, de su Reglamento, **"EL INSTITUTO"** en el supuesto de caso fortuito o de fuerza mayor o por causas que le resulten imputables, podrá suspender la prestación de los servicios, de manera temporal, quedando obligado a pagar a **"EL PROVEEDOR"**, aquellos servicios que hubiesen sido efectivamente prestados, y en su caso, se reintegrarán los anticipos no amortizados, así como, al pago de gastos no recuperables previa solicitud y acreditamiento.

Una vez que hayan desaparecido las causas que motivaron la suspensión, el contrato podrá continuar produciendo todos sus efectos legales, si **"EL INSTITUTO"** así lo determina; y en caso que subsistan los supuestos que dieron origen a la suspensión, se podrá iniciar la terminación anticipada del contrato, conforme lo dispuesto en la cláusula siguiente.

VIGESIMA TERCERA. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.

"EL INSTITUTO" cuando concurran razones de interés general, o bien, cuando por causas justificadas se extinga la necesidad de requerir los servicios originalmente contratados y se demuestre que de continuar con el cumplimiento de las obligaciones pactadas, se ocasionaría algún daño o perjuicio a **"EL INSTITUTO"**, o se determine la nulidad de los actos que dieron origen al presente contrato, con motivo de la resolución de una inconformidad o intervención de oficio, emitida por la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno, podrá dar por terminado anticipadamente el presente contrato sin responsabilidad alguna para **"EL INSTITUTO"**, ello con independencia de lo establecido en la cláusula que antecede.

COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Cuando **"EL INSTITUTO"** determine dar por terminado anticipadamente el contrato, lo notificará al **"EL PROVEEDOR"** hasta con 30 (treinta) días naturales anteriores al hecho, debiendo sustentarlo en un dictamen que precise las razones o las causas justificadas que le dieron origen a la misma, una vez notificada la terminación anticipada, se extinguirá el contrato, lo que dará lugar a formalizar el finiquito entre las partes.

En el finiquito se harán constar los pagos que, en su caso, deba efectuar **"EL INSTITUTO"** por concepto de los servicios prestados hasta el momento de la terminación anticipada, además, en su caso, pactará en el mismo el reembolso al proveedor de los gastos no recuperables en que haya incurrido, siempre que estos sean razonables, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el presente contrato.

VIGESIMA CUARTA. RESCISIÓN.

"EL INSTITUTO" podrá iniciar en cualquier momento el procedimiento de rescisión, cuando **"EL PROVEEDOR"** incurra en alguna de las siguientes causales:

a) Contravenir los términos pactados para la prestación de los servicios, establecidos en el presente contrato.
b) Transferir en todo o en parte las obligaciones que deriven del presente contrato a un tercero ajeno a la relación contractual.
c) Ceder los derechos de cobro derivados del contrato, sin contar con la conformidad previa y por escrito de **"EL INSTITUTO"**.
d) Suspender total o parcialmente y sin causa justificada la prestación de los servicios del presente contrato.
e) No realizar la prestación de los servicios en tiempo y forma conforme a lo establecido en el presente contrato y sus respectivos anexos.
f) No proporcionar a los Órganos de Fiscalización, la información que le sea requerida con motivo de las auditorías, visitas e inspecciones que realicen.
g) Ser declarado en concurso mercantil, o por cualquier otra causa distinta o análoga que afecte su patrimonio.
h) En caso de que compruebe la falsedad de alguna manifestación, información o

documentación proporcionada para efecto del presente contrato

i) No entregar dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha de firma del presente contrato, la garantía de cumplimiento del mismo.

j) Cuando la suma de las penas convencionales exceda el monto total de la garantía de cumplimiento del contrato;

k) No presentar bimestralmente, las constancias de la inscripción y pago de cuotas al Instituto Mexicano del Seguro Social del personal que utilice para la prestación de los servicios;

l) Cuando la suma de las deducciones al pago, excedan el límite máximo establecido para las deducciones

m) Divulgar, transferir o utilizar la información que conozca en el desarrollo del cumplimiento del objeto del presente contrato, sin contar con la autorización de **"EL INSTITUTO"** en los términos de lo dispuesto en la CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES del presente instrumento jurídico.

n) Impedir el desempeño normal de labores de **"EL INSTITUTO"**.

o) Cambiar su nacionalidad por otra e invocar la protección de su gobierno contra reclamaciones y órdenes de **"EL INSTITUTO"**, cuando sea extranjero y

p) No presentar la opinión favorable de sus obligaciones fiscales, durante la vigencia del presente contrato.

q) Incumplir cualquier obligación distinta de las anteriores y derivadas del presente contrato.

Para el caso de optar por la rescisión del contrato, **"EL INSTITUTO"** comunicará por escrito a **"EL PROVEEDOR"** el incumplimiento en que haya incurrido, para que en un término de 5 (cinco) días hábiles contados a partir de la notificación, exponga lo que a su derecho convenga y aporte en su caso las pruebas que estime pertinentes.

Transcurrido dicho término **"EL INSTITUTO"**, en un plazo de 10 (diez) días hábiles siguientes, tomando en consideración los argumentos y pruebas que hubiere hecho valer **"EL PROVEEDOR"**, determinará de manera fundada y motivada dar o no por rescindido el contrato, y comunicará a **"EL PROVEEDOR"** dicha determinación dentro del citado plazo.

Cuando se rescinda el contrato, se formulará el finiquito correspondiente, a efecto de hacer constar los pagos que deba efectuar **"EL INSTITUTO"** por concepto del contrato hasta el momento de rescisión, o los que resulten a cargo de **"EL PROVEEDOR".**

Iniciado un procedimiento de conciliación **"EL INSTITUTO"** podrá suspender el trámite del procedimiento de rescisión.

Si previamente a la determinación de dar por rescindido el contrato se realiza la prestación de los servicios, el procedimiento iniciado quedará sin efecto, previa aceptación y verificación de **"EL INSTITUTO"** de que continúa vigente la necesidad de la prestación de los servicios, aplicando, en su caso, las penas convencionales correspondientes.

"EL INSTITUTO" podrá determinar no dar por rescindido el contrato, cuando durante el procedimiento advierta que la rescisión del mismo 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 rescindirse el contrato, **"EL INSTITUTO"** establecerá con **"EL PROVEEDOR"** otro plazo que le permita subsanar el incumplimiento que hubiere motivado el inicio del procedimiento, aplicando las sanciones correspondientes. El convenio modificatorio que al efecto se celebre deberá atender a las condiciones previstas por los dos últimos párrafos del artículo 74 de la **"LAASSP"**.

No obstante, de que se hubiere firmado el convenio modificatorio a que se refiere el párrafo anterior, si se presenta de nueva cuenta el incumplimiento, **"EL INSTITUTO"** quedará expresamente facultada para optar por exigir el cumplimiento del contrato, o rescindirlo, aplicando las sanciones que procedan.

Si se llevara a cabo la rescisión del contrato, y en el caso de que a **"EL PROVEEDOR"** se le hubieran entregado pagos progresivos, éste deberá de reintegrarlos más los intereses correspondientes, conforme a lo indicado en el artículo 73, párrafo cuarto, de la **"LAASSP"**.

Los intereses se calcularán sobre el monto de los pagos progresivos efectuados y se computarán por días naturales desde la fecha de su entrega hasta la fecha en que se pongan efectivamente las cantidades a disposición de **"EL INSTITUTO"**.

VIGÉSIMA QUINTA. RELACIÓN Y EXCLUSIÓN LABORAL

"EL PROVEEDOR" reconoce y acepta ser el único patrón de todos y cada uno de los trabajadores que intervienen en la prestación del servicio, deslindando de toda responsabilidad a **"EL INSTITUTO"** respecto de cualquier reclamo que en su caso puedan efectuar sus trabajadores, sea de índole laboral, fiscal o de seguridad social y en ningún caso se le podrá considerar patrón sustituto, patrón solidario, beneficiario o intermediario.

"EL PROVEEDOR" asume en forma total y exclusiva las obligaciones propias de patrón respecto de cualquier relación laboral, que el mismo contraiga con el personal que labore bajo sus órdenes o intervenga o contrate para la atención de los asuntos encomendados por **"EL INSTITUTO"**, así como en la ejecución de los servicios.

Para cualquier caso no previsto, **"EL PROVEEDOR"** exime expresamente a **"EL INSTITUTO"** de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal o de cualquier otra especie que en su caso pudiera llegar a generarse, relacionado con el presente contrato.

Para el caso que, con posterioridad a la conclusión del presente contrato, **"EL INSTITUTO"** reciba una demanda laboral por parte de trabajadores de **"EL PROVEEDOR"**, en la que se demande la solidaridad y/o sustitución patronal a **"EL INSTITUTO"**, **"EL PROVEEDOR"** queda obligado a dar cumplimiento a lo establecido en la presente cláusula.

VIGÉSIMA SEXTA. DISCREPANCIAS.

"LAS PARTES" convienen que, las estipulaciones que se establezcan en este contrato no deberán modificar las condiciones previstas en la convocatoria a la licitación y sus Juntas de Aclaraciones; en caso de discrepancia, prevalecerá lo estipulado en esta, conforme a lo previsto en el artículo 66, párrafo segundo de la **"LAASSP"**.

VIGÉSIMA SEPTIMA. CONCILIACIÓN.

"LAS PARTES" acuerdan que para el caso de que se presenten desavenencias derivadas de la ejecución y cumplimiento del presente contrato podrán someterse al procedimiento de conciliación establecido en los artículos 109, 111 y 112 de la **"LAASSP"**, y 126 al 136 de su Reglamento.

VIGÉSIMA OCTAVA. DOMICILIOS.

"LAS PARTES" señalan como sus domicilios legales para todos los efectos a que haya lugar y que se relacionan en el presente contrato, los que se indican en el apartado de Declaraciones, por lo que cualquier notificación judicial o extrajudicial, emplazamiento, requerimiento o diligencia que en dichos domicilios se practique, será enteramente válida, al tenor de lo dispuesto en el Título Tercero del Código Civil Federal.

VIGÉSIMA NOVENA. LEGISLACION APLICABLE.

"LAS PARTES" se obligan a sujetarse estrictamente para la prestación de los servicios objeto del presente contrato a todas y cada una de las cláusulas que lo integran, sus anexos que forman parte integral del mismo, a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento; Código Civil Federal; Ley Federal de Procedimiento Administrativo, Código Federal de Procedimientos Civiles; Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento.

TRIGÉSIMA. JURISDICCIÓN

"LAS PARTES" convienen que, para la interpretación y cumplimiento de este contrato, así como para lo no previsto en el mismo, se someterán a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Federales con sede en la Ciudad de Toluca, Estado de México, renunciando expresamente al fuero que pudiera corresponderles en razón de su domicilio actual o futuro.

FIRMANTES O SUSCRIPCIÓN

"LAS PARTES" manifiestan estar conformes y enterados de las consecuencias, valor y alcance legal de todas y cada una de las estipulaciones que el presente instrumento jurídico contiene, por lo que lo ratifican y firman en las fechas especificadas.

POR: "EL INSTITUTO"

NOMBRE	CARGO	R.F.C.
REPRESENTANTE LEGAL DR. TONATIHU ORTÍZ CASTILLO	TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PONIENTE	[redacted]
ADMINISTRADORA O QUIEN LA SUSTITUYA EN EL CARGO DRA. SOFÍA LORENA ARIAS CABAÑAS	DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 58	
ÁREA CONTRATANTE MAESTRA VANESSA GABRIELA ORTEGA PINEDA	TITULAR DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO	
ÁREA CONTRATANTE LICENCIADA MARÍA CONCEPCIÓN ACIERNA VARGAS	JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS	

De conformidad con lo dispuesto en el primer y cuarto párrafo del ARTÍCULO 115 de la LGTAIP, en el presente contrato y en sus anexos se testa el dato correspondiente al REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES, lo anterior en virtud de que dicho dato corresponde al ámbito patrimonial y privado de las personas físicas, por lo que puede protegerse en su carácter de información confidencial.

COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

POR: "EL PROVEEDOR"

NOMBRE	R.F.C.
APODERADO LEGAL PARTICIPANTE "A" C. LUIS ISRAEL MEJÍA GRACIDA	CAR020813DI6
ADMINISTRADOR ÚNICO PARTICIPANTE "B" C. ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ	SME0608231D6
REPRESENTANTE LEGAL PARTICIPANTE "C" C. NADIA VERENICE GONZÁLEZ GONZÁLEZ	LUH 090511TD3

De conformidad con lo dispuesto en el primer y cuarto párrafo del ARTÍCULO **115 de la LGTAIP**, en el presente contrato y en sus anexos se testa el dato correspondiente al **REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES,** lo anterior en virtud de que dicho dato corresponde al ámbito patrimonial y privado de las personas físicas, por lo que puede protegerse en su carácter de información confidencial.

Cadena original:

[redacted]

Firmante: SOFIA LORENA ARIAS CABAÑAS
RFC: [redacted]
Número de Serie [redacted]
Fecha de Firma: 20/01/2026 09:56
Certificado:

[redacted]

Firma:

[redacted]

Firmante: VANESSA GABRIELA ORTEGA PINEDA
RFC: [redacted]
Número de Serie [redacted]
Fecha de Firma: 20/01/2026 09:57
Certificado:

[redacted]

Firma:

[redacted]

Firmante: MARIA CONCEPCION ACIERNA VARGAS
RFC: [redacted]
Número de Serie [redacted]
Fecha de Firma: 20/01/2026 10:15
Certificado:

[redacted]

Firma:

De conformidad con lo dispuesto en el párrafo tercero del ARTÍCULO **115 de la LGTAIP**, en el presente contrato y en sus anexos se testan los datos correspondientes a **las CADENAS ORIGINALES, NÚMEROS DE SERIE Y CERTIFICADOS DIGITALES,** lo anterior en virtud de que dichos datos corresponden al ámbito patrimonial y privado de las personas físicas y personas morales, por lo que pueden protegerse en su carácter de información confidencial.

nRp83F//nFmOmJ3qxw7SNdFFvnMh3SUqCqUEFmHmn8G11NdEFMKG1D9EhFmvTR4LwBS8G1o1RFQ2SMQC//4h98aSY1CmvaRwThFwR+dDaYEEFdnhvnAov1hSB9yC+bO+3hnUrpbnJonh7wdD3v nbWcCv48nmnCKhw3aMmph+4dpDvnlvY4X/wFm32JVOpJPqN1k3nCe42K6TpB9M21QyR2Xb+gUv8hnnvt+JSyhuSn88hC63TQ4qbRn1Qb+G2R0ydAbkuvvjKJC4FwBhCun1 jBwVC1GALRmnTLFmMo78wRmZYUqQyvNFTnvvTKL1vKM6Jqnvwvj AT jXTmqFKLvPG3oG2JO2qvv

Firmante: TONATIHU ORTIZ CASTILLO
RFC: [redacted]
Certificado:

Número de Serie: [redacted]
Fecha de Firma: 20/01/2026 17:41

[redacted]

Firma:

FQd1Yb9A3/jh7hiZ&EXnv0+Jv1fo8e1717E/Ke1vye5ywX4J2pjZTqKSELaqGOpnDeTaELh1O5vYS jTh1vKSnGVwEVaeeSy7K0VCaGTv+A7q1W9dZbpOKK04dyh498AJwvaBvaCe0M6M3K7u1MSApKV///Cnvv4Zap D0/jN4SF1ywjNdde8yFCh8bYYqeqDq+8wsPhOi5C41QdZPdaBvaw+YYvudFbgFF9UBaZRL4LAiJwYbnl1MM8670DbYdiUP5hZKEYBK73Cba6v6a5h4BP5JmL1O+Z/Xo66v7d5+qrvvBKKwVeaavG1MkMYBJbT jqqxFK L4JUMLTqjqwaM4OmDK3M4wvv

Firmante: SERVICIOS MEDICOS Y DE EQUIPAMIENTO SA DE CV
RFC: SME0608231D6
Certificado:

Número de Serie: [redacted]
Fecha de Firma: 20/01/2026 22:09

[redacted]

Firma:

wqwaMx1Z4wqDkIvn2 5AVCYyLwUbt2DnFHvqIEvuKZWXk+Fyu2Fv jQCBbXImZU8xqNwvILH1vKHQNwcpkh3Jn1XSSHF+Z9fvvLJ8V+0UUYHbRwukXV7InukmwRRyQhFJCw9IvuM4DdpAKJn1Aeh 74UNyUWch2qqUhhavUAY3vfwqG4Jkh1U6317Vm24hujhaYSDS8XQuOJ1kpaIxr6pY9VbJm1+/WuAwNVlju4RqvphS31UKEIAJt7bATTJ33hs3eIIuvIwjdUSLBYV6p345USHGHvKnbMLvtbUCAaGSEmqvpeHFwThhUCbvgwM84Ivb4Ae5 Jd90k4kEwKdDvvqjCueQ5Hbqvv

Firmante: LAPI UNIDAD DE HEMODIALISIS SA DE CV
RFC: LUH090511TD3
Certificado:

Número de Serie: [redacted]
Fecha de Firma: 21/01/2026 07:35

[redacted]

Firma:

De conformidad con lo dispuesto en el primer y cuarto párrafo del ARTÍCULO **115 de la LGTAIP**, en el presente contrato y en sus anexos se testa el dato correspondiente al **REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES**, lo anterior en virtud de que dicho dato corresponde al ámbito patrimonial y privado de las personas físicas, por lo que puede protegerse en su carácter de información confidencial.

De conformidad con lo dispuesto en el párrafo tercero del ARTÍCULO **115 de la LGTAIP**, en el presente contrato y en sus anexos se testan los datos correspondientes a **las CADENAS ORIGINALES, NÚMEROS DE SERIE Y CERTIFICADOS DIGITALES**, lo anterior en virtud de que dichos datos corresponden al ámbito patrimonial y privado de las personas físicas y personas morales, por lo que pueden protegerse en su carácter de información confidencial.

[redacted]

Firmante: CENTRO DE ASISTENCIA RENAL SA DE CV
RFC: CAR020513DI6

Número de Serie: [redacted]
Fecha de Firma: 21/01/2026 16:37

Certificado:

[redacted]

Firma:

[redacted]

De conformidad con lo dispuesto en el párrafo tercero del ARTÍCULO **115 de la LGTAIP**, en el presente contrato y en sus anexos se testan los datos correspondientes a **las CADENAS ORIGINALES, NÚMEROS DE SERIE Y CERTIFICADOS DIGITALES,** lo anterior en virtud de que dichos datos corresponden al ámbito patrimonial y privado de las personas físicas y personas morales, por lo que pueden protegerse en su carácter de información confidencial.

ANEXO 1 (UNO)

"Términos y Condiciones, Anexo Técnico, Descripción Amplia y Detallada del Servicio, Cantidades mínimas y máximas, Precios unitarios para el ejercicio 2026"

LICITANTE: CENTRO DE ASISTENCIA RENAL, S.A. DE C.V.
DOMICILIO: FEDERICO T DE LA CHICA NO. 2. INT. 204, CIUDAD SATELITE, C.P. 53100, NAUCALPAN DE JUAREZ, ESTADO DE MEXICO

PARTICIPACION CONJUNTA:
SERVICIOS MEDICOS Y DE EQUIPAMIENTO, S.A. DE C.V.
LAPI UNIDAD DE HEMODIALISIS, S.A. DE C.V.

ASIGNACIÓN: 100%

CONTRATO: SEI-N-26-16-1002-0006

CONTRATO COMPRAS MX: 050GYR024N1126-001-00

PARTIDAS	LOCALIDAD	TIPO	NUMERO	SESIONES MIN	SESIONES MAX	PRECIO UNITARIO (SIN IVA)	IMPORTE MÍNIMO (SIN IVA)	IMPORTE MÁXIMO (SIN IVA)
1	Tlalnepantla	HGZ	58	20,851	41,702	$2,158.20	$45,000,628.20	$90,001,256.40
						SUBTOTAL	$45,000,628.20	$90,001,256.40
						IVA	$7,200,100.51	$14,400,201.02
						TOTAL	**$52,200,728.71**	**$104,401,457.42**

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada

2026

Términos y Condiciones

En cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 4.24.4. de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (POBALINES), se establecen los presentes Términos y Condiciones, para la contratación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada, de conformidad con lo siguiente:

a) Vigencia de la contratación y prestación del Servicio

1. VIGENCIA

El plazo para la prestación del Servicio será para un período de contratación a partir del día 16 natural contados a partir del inicio de la vigencia del contrato:

PARTIDAS	OOAD	TIPO	NÚMERO	VIGENCIA
1	Edo. de Méx. Pte.	HGZ	58	A partir del 01 de enero 2026 y hasta el 30 de Junio del 2026.
2	Edo. de Méx. Pte.	HGZ	194	
3	Edo. de Méx. Pte.	HGR	220	
4	Edo. de Méx. Pte.	HGR	251	
5	Edo. de Méx. Pte.	HGZ	252	

Nota: En caso de que el licitante adjudicado este en posibilidades de dar inicio antes del vencimiento del plazo de puesta a punto de 15 (quince) días naturales, podrá hacerlo, previa coordinación y corresponsabilidad con el Administrador de Contrato del Instituto correspondiente, de forma que el Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada, se otorgue de manera ininterrumpida a la derechohabiencia.

b) Plazo de entrega del bien, arrendamiento o servicio, indicando en su caso, el calendario con programa y condiciones de entregas que corresponda.

2. LUGAR, PLAZO DE ENTREGA

2.1 Condiciones de la Prestación del Servicio

El licitante deberá ofertar en su propuesta que el procedimiento de hemodiálisis se llevará a cabo únicamente en las instalaciones de la unidad de hemodiálisis subrogada del licitante adjudicado.

Por ningún motivo podrá el prestador del servicio otorgar el procedimiento de hemodiálisis a través de terceros o en instalaciones distintas a las propuestas y estipuladas en su oferta técnica.

El horario de servicio será de las 7:00 a las 21:00 horas de lunes a sábado; incluyendo días festivos, de conformidad con lo que indica el inciso a) del Anexo Técnico "La Unidad de Hemodiálisis Subrogada deberá cumplir con los siguientes puntos". Sin embargo, si se requiere incrementar el tiempo de atención para cubrir los requerimientos de las necesidades de las Unidades Médicas del Instituto, se podrá aumentar a más de 4 turnos al día.

El servicio de hemodiálisis deberá ser prestado dentro del plazo establecido y de acuerdo con las necesidades de las unidades médicas contenidas en el Anexo T1 (T-uno), el cual forma parte del presente documento.

2.2 La unidad de hemodiálisis subrogada deberá cumplir con los siguientes puntos

El servicio deberá ser prestado por personal que cumpla con lo estipulado en la NOM-003-SSA3-2010 "Para la práctica de la Hemodiálisis" que a continuación se desglosa:

2.2.1 Deberá presentar un responsable de la unidad de hemodiálisis subrogada quien deberá ser un médico especialista en nefrología, con certificado de especialización, y cédula profesional, debiendo encontrarse en la unidad de hemodiálisis durante el horario de la práctica de esta a los pacientes del Instituto.

2.2.2 Deberá contar con el personal de enfermería con especialidad en nefrología o personal profesional y técnico con capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de seis meses de enfermería, el cual deberá contar con al menos una enfermera por cada 3 (tres) máquinas de hemodiálisis.

Para garantizar lo anterior, durante la prestación del servicio del licitante adjudicado, el Instituto realizará verificaciones del personal que presta el servicio, durante las visitas de supervisión semestrales o las que se determinen necesarias, señaladas en los presentes Términos y Condiciones y en su caso, en el Anexo Técnico.

El licitante adjudicado deberá dotar en forma mensual al Instituto del número de catéteres temporales o permanentes que fueron colocados en unidades médicas del IMSS a pacientes referidos a subrogación que ingresaron el mes inmediato anterior, más 2 (dos) catéteres temporales o permanentes como lo solicite el jefe de servicio de la unidad médica de referencia de los pacientes.

Esto será acumulable, con el propósito de contar con un stock para garantizar la atención oportuna de los pacientes referidos por primera vez a las unidades subrogadas, los catéteres se entregarán al almacén de la unidad médica correspondiente o en donde lo indique el Director Médico de la Unidad dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes en el horario de 9 a 15 horas, de lunes a viernes, debiendo anotar nombre, matrícula y cargo de quien los recibe y debiendo notificar al administrador del contrato, en su caso, la falta de entrega de los catéteres.

El Instituto podrá verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad de los bienes, a través de la Coordinación de Control Técnico de Insumos (COCTI), cuyas muestras utilizadas para este efecto, deberán ser repuestas por el licitante adjudicado sin costo para el Instituto, al área del IMSS que así lo solicite.

En caso de deficiencia en la calidad de los catéteres la Unidad Médica podrá solicitar el cambio de los catéteres por otros que cumplan con la calidad solicitada, sin costo adicional al Instituto. Todos los catéteres, permanentes o temporales deberán entregarse con su Kit de introducción sin excepción. Anexo T2 (T dos).

Para los pacientes con permanencia en el programa, la transición del acceso vascular temporal por un acceso vascular definitivo no deberá ser por un tiempo mayor de 3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada. Esto estará sujeto a verificación por parte del personal del Instituto durante las visitas de supervisión o en cualquier momento durante la vigencia de la prestación del servicio.

Es responsabilidad del licitante adjudicado dentro del marco de los términos del contrato, proporcionar al 100% el servicio subrogado de hemodiálisis por lo que el Instituto no aceptará la omisión, suspensión o cancelación de ningún tratamiento programado, con excepción de causas médicas que se encuentren debidamente sustentadas en nota médica y notificadas a la unidad médica. Por lo anterior no se aceptará como otorgado el servicio sí por causas imputables al licitante adjudicado, no se da la sesión de hemodiálisis a los pacientes del Instituto, de acuerdo con la prescripción indicada por el médico tratante del IMSS.

La unidad de hemodiálisis subrogada deberá utilizar dializadores nuevos por cada sesión de hemodiálisis o el reusó de dializadores de forma automatizada.

En caso de optar por el reúso de dializadores deberá garantizar el correcto tratamiento de los mismos con base al Apéndice Normativo B de la NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de la hemodiálisis.

Los bienes de consumo necesarios para la prestación del servicio deberán ser compatibles con el equipo médico ofertado y deberán cumplir con las especificaciones técnicas solicitadas en el Anexo T2 (T-dos) del presente documento.

El jefe o encargado del servicio de Nefrología o de Medicina Interna de la unidad médica del IMSS y el prestador del servicio; determinarán en conjunto, las fechas en que el licitante adjudicado prestador de servicio determinará y notificará al Administrador del Contrato, las fechas en que éste deberá entregar la copia simple de los reportes originales de los resultados de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del agua, presentando los originales de dichos reportes en el mismo momento, para cotejo, con la periodicidad bimestral para el análisis de biológicos y al menos una vez al año para los estudios químicos, así como, para estar en posibilidad de validar que los

resultados se encuentren dentro de los parámetros estipulados en la NOM 003-SSA3-2010 de los estudios mencionados, mediante y conforme el Anexo T5 (T-cinco) CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIALISIS SUBROGADA.

El administrador del contrato y el licitante adjudicado prestador del servicio determinarán en conjunto, las fechas mensuales en que el prestador de servicio deberá entregar los catéteres, mediante el Anexo T6 (T-seis) CALENDARIO PARA ENTREGA DE CATÉTERES.

El licitante adjudicado entregará un reporte mensual a la Unidad Médica a través del Jefe o encargado del Servicio de Hemodiálisis, según corresponda. La información deberá ser registrada en una hoja de cálculo (Excel) tal y como se especifica en el Anexo T7 (T- siete) Tabla de control de Registro Nominal Hemodiálisis Subrogado. El medio de entrega deberá ser indicado por la Unidad Médica, para el Programa de Hemodiálisis Subrogado. En atención al numeral 7.2.16 de la Norma **que Establece las Disposiciones Generales para la Planeación, Obtención y el Control de los Servicios Subrogados de Atención Médica** los administradores de los contratos deberán registrar el consumo de los servicios en los sistemas institucionales; así mismo deberán informar trimestralmente a la CTSMI los resultados de la aplicación de los mecanismos de control y supervisión de la calidad implementados de los servicios subrogados contratados. Con base en los siguientes perfiles:

i. Administrador de Cargas de Información.

ii. Registrar la información requerida por los sistemas del Instituto, generada en los servicios de Hemodiálisis Subrogada en cada Unidad Médica.

c) Criterio de evaluación de proposiciones conforme a lo dispuesto por los artículos 51, 52 y 53 del RLAASSP.

3. CRITERIO DE EVALUACIÓN

Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 47, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se evaluará mediante el criterio de evaluación BINARIO.

En este supuesto, la convocante evaluará al menos las dos proposiciones cuyo precio resulte ser más bajo; de no resultar estas solventes, se evaluarán las que les sigan en precio.

d) Licencias, permisos, registros, certificados o autorizaciones que debe cumplir o aplicarse al bien o servicio a contratar.

Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento vigente y a nombre del licitante y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada.

e) Documentación técnica necesaria como pueden ser: folletos, catálogos, fotografías, manuales entre otros, en caso de que se requieran para comprobar sus especificaciones.

4. MECANISMO DE EVALUACIÓN DE LAS PROPOSICIONES TÉCNICAS.

Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 47, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se evaluará mediante el criterio de evaluación **BINARIO.**

En este supuesto, la convocante evaluará al menos las dos proposiciones cuyo precio resulte ser más bajo; de no resultar estas solventes, se evaluarán las que les sigan en precio.

Los licitantes deberán cumplir con la documentación solicitada, ya que se verificará documentalmente que se incluya la información, documentos y requisitos solicitados, así como con la Propuesta de las especificaciones Técnico-Médicas con descripción amplia y detallada del servicio. Los criterios que se aplicarán para evaluar las proposiciones se basarán en la información documental presentada por los licitantes observando para ello lo previsto en el artículo 47 en lo relativo al criterio binario y 48, fracción II, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 51 de su Reglamento.

Se corroborará la inclusión y legibilidad de la totalidad de la documentación técnica del licitante, remitida a través del sistema CompraNet, solicitada en el presente procedimiento, considerando las modificaciones que deriven de la o las juntas de aclaraciones.

4.1 Adjudicación.

La adjudicación será por Unidad Médica a un solo licitante, para lo cual se celebrará contrato por partida.

Se corroborará la inclusión y legibilidad de la totalidad de la documentación técnica del licitante, remitida a través del sistema CompraNet, solicitada en el presente procedimiento, considerando las modificaciones que deriven de la o las juntas de aclaraciones.

4.2 *Se verificará la descripción técnica del servicio ofertado por el licitante*.

La cual deberá ser legible, amplia y detallada incluyendo los equipos y bienes de consumo ofertados, conforme a lo solicitado en el Anexo Técnico, en el que el licitante deberá puntualizar las partidas en las que participa, los equipos y consumibles, solicitados para la prestación del servicio debidamente referenciados por partida, solicitado, especificando las características y requisitos obligatorios señalados en el Anexo T2 "ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS, A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES), C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE, E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO.

Se comprobará la congruencia que guarda con los anexos técnicos, folletos, catálogos, fotografías, instructivos y/o manuales del fabricante, que envie el licitante como sustento

4.2.1 Se verificará la correspondencia entre la descripción técnica del licitante, indicada en el Anexo T2 "ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS. A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES), C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,, E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO), con los anexos técnicos, folletos, catálogos, fotografías, imágenes, instructivos y/o manuales del fabricante, que envie el licitante como sustento.

4.2.2 Se comprobará la congruencia entre la descripción técnica del licitante, indicada en el Anexo T2"ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS , A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES), C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE, E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO) y los documentos presentados para acreditar el registro sanitario y los certificados de calidad solicitados en el Anexo Técnico.

4.2.3 Se verificará que se presente el documento establecido en el presente numeral, en el apartado "Documentación Técnica" de los presentes Términos y Condiciones, o en su caso que se actualice el supuesto establecido en el numeral SEXTO del ACUERDO por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, de la Ciudad de México y municipales, del apartado Criterios de evaluación, del presente documento, con la finalidad de poder declarar solvente técnicamente las propuestas presentadas por los licitantes.

La evaluación de la documentación Legal y Administrativa se realizará por la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento.

No serán objeto de evaluación, las condiciones establecidas por la convocante, que tengan como propósito facilitar la presentación de las proposiciones y agilizar los actos de la licitación, así como cualquier otro requisito cuyo incumplimiento, por sí mismo, no afecte la solvencia de las proposiciones.

La evaluación de la documentación técnica se realizará por el personal que designen las siguientes áreas:

PROPUESTA TÉCNICA

COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Aspectos Técnico-Médicos	La evaluación técnico médica se realizará por el personal operativo designado por la OOAD.
Aspectos de Protección Civil	La evaluación se realizará por el Jefe del Departamento de Conservación y Servicios Generales de la OOAD.
Aspectos de Informática	La evaluación en el momento que corresponda se realizará por el Coordinador de Informática Delegacional.

El área encargada de concentrar la información relativa a las evaluaciones técnicas elaboradas por cada una de las áreas técnicas anteriormente enunciadas será la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

Para efectos de la evaluación de la propuesta técnica, el licitante deberá cumplir con la documentación solicitada en el presente numeral, apartado Documentación Técnica del presente documento, ya que se verificará documentalmente que se incluya la información, documentos y requisitos solicitados.

De actualizarse el supuesto establecido en el numeral SEXTO del ACUERDO por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales del Distrito Federal y municipales, el Instituto podrá declarar solventes las propuestas técnicas presentadas por los licitantes, cuando únicamente incumplan con el requisito establecido en el Documento emitido por el Secretario del Consejo de Salubridad General en el que conste que cada una de la (s) unidad (es) de hemodiálisis subrogada (s) ofertada (s) se encuentra (n) certificada (s) o en proceso de certificación por dicho Consejo, en atención al Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011, siempre y cuando en la evaluación técnica se compruebe que concurren las siguientes circunstancias:

I. Que dentro de la Localidad correspondiente a la Unidad Médica a la que se prestará el servicio, no existan proveedores de servicios médicos hospitalarios o de hemodiálisis privados.

II. Que la Clínica Subrogada ofertada que no cuente con certificación y no se encuentre en proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General, se localice dentro de la localidad que corresponde a la Unidad Médica a la que se prestará el servicio o dentro de los límites máximos establecidos en el apartado Descripción del Servicio de Hemodiálisis Subrogada a Contratar de este documento.

III. Las Clínicas Subrogadas ofertadas deben ubicarse dentro de un radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica a la que pretenda prestarse el servicio, por lo que deberá presentar mapa de ubicación generada a través de la plataforma electrónica de Google Maps o análoga.

IV. De existir unidad de hemodiálisis subrogada certificadas o en proceso de certificación y que se encuentren dentro de las distancias máximas establecidas en el apartado Descripción del Servicio de Hemodiálisis Subrogada a Contratar de este documento, estás no presenten proposición para la Unidad Médica a adjudicarse.

Como parte de la evaluación técnica, el Instituto verificará el cumplimiento de todos y cada uno de los requisitos señalados en el Anexo T3 (T tres) Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogada, a cargo del personal designado por OOAD.

El licitante deberá presentar escrito de manifestación de que cumple con los requisitos señalados en el Anexo T3 (T tres) Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas, con su respectivo soporte documental y fotográfico, de todos los conceptos y apartados que integran el citado anexo (excepto cuando estén marcados como (O) de Opcionales,).

Para los efectos antes señalados, una Comisión integrada por representantes del OOAD, se dirigirá al domicilio de las instalaciones propuestas por los licitantes, que podrá realizarse a partir del día hábil siguiente del acto de presentación y

apertura de proposiciones y hasta 3 días hábiles antes previos al acto de fallo, mismos que establecerán comunicación con el licitante para hacerle del conocimiento de la fecha programada.

Tratándose de los documentos o manifiestos presentados bajo protesta de decir verdad, de conformidad con lo previsto en el artículo 52, último párrafo del Reglamento de la LAASSP, se verificará que dichos documentos cumplan con los requisitos solicitados.

Los servicios ofertados se deberán apegar a la descripción del servicio establecida en el presente documento y sus anexos.

La evaluación de las Proposiciones Técnicas se verificará que presenten la totalidad de los escritos y documentos obligatorios que se encuentran referenciados del numeral 4.2 al 4.2.22 que de no cumplir afectan la solvencia de las propuestas, requeridos en los apartados de la Documentación Técnica del presente documento y que éstos se apeguen a las características solicitadas.

La determinación de quién es el licitante adjudicado, se llevará a cabo con base en el resultado de la evaluación técnica y económica, debiendo obtener de parte de las áreas técnicas la evaluación favorable por haber cumplido con todos los requisitos solicitados.

4.2.4 Licencias, permisos, registros, certificados o autorizaciones que deben cumplir o aplicarse al bien o servicio a contratar.

Documentación Técnica. Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento vigente y a nombre del licitante y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.

4.2.5 Para la presentación de la propuesta de las especificaciones técnicas deberá requisitar el Anexo T 0 (T-cero) Oferta Técnica: Propuesta de las especificaciones técnico-médicas de la unidad ofertada que cumplan estrictamente con lo señalado en los Anexos T1 (T-uno) Requerimiento. Anexos T2 (T dos) ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS, A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES), C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE y E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO.

4.2.6 Presentar folletos, catálogos, instructivos y en su caso, fotografías de los equipos necesarios para corroborar las especificaciones, características y calidad de los bienes necesarios para otorgar el servicio, debidamente referenciados en idioma español, de lo solicitado en los Anexos T2 (T dos) ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS , A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES), C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE, E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO).

Se aclara que los folletos, catálogos, instructivos y en su caso, fotografías de los equipos necesarios para corroborar las especificaciones, características y calidad de los bienes, deberán ser entregados por los licitantes participantes y podrán corresponder a los fabricantes y/o titulares de los Registros Sanitarios.

El idioma en que se deberán presentar las Proposiciones, los Anexos Legales, Administrativos y Técnicos, así como en su caso los Folletos que se acompañen:

Las proposiciones deberán presentarse por medios remotos de comunicación electrónica (COMPRANET), preferentemente en papel membretado de la empresa, sólo en idioma español y dirigido al área Convocante

En caso de que los bienes con los que se presten los servicios requieran de anexos técnicos, folletos, catálogos y/o fotografías, instructivos o manuales de uso para corroborar las especificaciones, características y calidad de estos, éstos deberán presentarse en idioma español y en original del fabricante. En caso de estar en idioma diferente al español deberá presentar la traducción simple al español, en el entendido de que la traducción podrá contener únicamente las páginas, secciones y/o párrafos que soporten sus proposiciones, los cuales deberán estar debidamente referenciados incluyendo la clave y descripción de las bolsas solicitadas.

En tratándose de bienes terapéuticos con los que se presta el servicio requieran de instructivos y manuales de uso, se deberán presentar en idioma español, conforme a los marbetes autorizados por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

4.2.7 Factura de ambulancia misma, que se verificará que cumpla con los requisitos fiscales vigentes y que esté a nombre del licitante participante, para dar el servicio de traslado o en su caso presentar contrato y/o convenio del servicio correspondiente a nombre del licitante cuya vigencia comprenda como mínimo el término de la prestación del servicio que es al 30 de junio de 2026.

4.2.8 Manual de procedimientos técnicos del Servicio de Hemodiálisis de la unidad en donde se establezca el proceso de Atención al paciente.

4.2.9 Manual de procedimientos técnicos de enfermería, a donde se establezca el proceso de atención del paciente.

4.2.10 Copia del contrato de prestación del servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, vigente y a nombre del licitante, cuya vigencia deberá ser por lo menos del periodo de prestación del servicio, o en caso de contar del laboratorio propio, copia del aviso de funcionamiento del laboratorio clínico, vigente y a nombre del licitante participante.

4.2.11 Deberá presentar original o copia del (los) manual(es) de operación en español o en el idioma del país de origen con una traducción simple al español, de la(s) máquina(s) de hemodiálisis del mismo modelo con que prestará el servicio y de la Unidad de reprocesamiento de dializadores, en caso de que opte por reprocesamiento de dializadores.

4.2.12 Deberá presentar original o copia del manual de operación en español de la planta de tratamiento de agua con que cuenta la unidad de hemodiálisis subrogada.

4.2.13 Registros Sanitarios de los equipos y de los bienes de consumo requeridos para la prestación del servicio, a excepción de aquellos que no requieran Registro Sanitario, de acuerdo con la COFEPRIS., conforme a lo establecido en el artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de 5 años), en el que se deberá identificar:

i. Número de registro, prórroga o modificación.

ii. Titular del registro.

iii. Nombre y domicilio del fabricante.

iv. Indicaciones de uso y/o descripción.

v. Modelo(s).

vi. Fecha de emisión y de vencimiento.

vii. Nombre, firma autógrafa y cargo del servidor público que la emite.

En caso de que el Registro Sanitario no se encuentre dentro del periodo de vigencia de 5 años, conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, el licitante deberá presentar:

i. Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.

ii. Copia simple del "Comprobante de Trámite de Prórroga" en el que se acredite el trámite de prórroga del registro sanitario o, en su caso, copia simple de la "Constancia de Prórroga" emitida por la COFEPRIS del Registro Sanitario sometido a prórroga.

De no cumplirse estos requisitos con las condiciones establecidas será causal de desechamiento de la propuesta, toda vez que se afectaría la solvencia de la propuesta.

En caso de que los bienes ofertados no requieran de Registro Sanitario, deberá anexar constancia oficial, expedida por COFEPRIS, con firma y cargo del servidor público que la emite, que lo exima del mismo, o el "Listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del registro sanitario, y de aquellos productos que por su naturaleza, características propias y uso no se consideran como insumos para la salud y por ende no requieren registro sanitario", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre del 2014, en el que identifique aquellos que oferte.

Para cualquiera de los casos indicados, la documentación que acredite lo solicitado, deberá ser completa y, en caso de estar en idioma diferente al español deberá presentar la traducción simple al español, en el entendido de que la traducción podrá contener únicamente las páginas, secciones y/o párrafos que soporten sus proposiciones. Asimismo, la documentación presentada, deberá estar vigentes al Acto de Presentación y Apertura de Proposiciones.

4.2.14 Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento vigente y a nombre del licitante y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.

4.2.15 Certificado de especialización, y cédula profesional del (los) médico(s) nefrólogo(s) que quedará(n) como responsable(s) de la unidad de hemodiálisis que coticen.

4.2.16 Copia de los certificados de especialidad en Nefrología o constancias de haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de 6 meses impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada, para el caso de las enfermeras.

4.2.17 Escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.

4.2.18 Copia del certificado de buenas prácticas de manufactura, en el idioma del país de origen de los equipos y bienes de consumo ofertados, acompañado de su traducción al español y expedido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen o copia simple del certificado FDA o Comunidad Económica Europea vigente de los equipos y bienes de consumo ofertados.

4.2.19 Copia simple del certificado de libre venta vigente emitido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen, en el que se señale que los equipos y bienes de consumo necesarios para la prestación del servicio pueden ser usados sin restricción de uso en el país de origen, acompañado de traducción simple al español.

4.2.20 Documento emitido por el Secretario del Consejo de Salubridad General vigente y a nombre del licitante en el que conste que cada una de la (s) unidad (es) de hemodiálisis subrogada (s) ofertada (s) se encuentra (n) certificada (s) o en proceso de certificación por dicho Consejo, en atención al Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.

4.2.21 Escrito por parte del licitante en el que manifieste que cuenta con los equipos necesarios para la prestación del servicio de acuerdo a lo solicitado, los que deberán estar en óptimas condiciones de funcionamiento, cumplir con las especificaciones técnicas establecidas en el Anexo T2 (T-dos), y haber sido ensamblados de manera integral en el país de origen y que los bienes no correspondiente a saldos o remanentes ni ostentan las leyendas "only export" ni "only investigation", se encuentran descontinuados o no se autoriza su uso en el país de origen.

Cuando se trate de un procedimiento de Licitación Pública de Carácter Internacional bajo Cobertura de tratados, las personas físicas deben acreditar ser de nacionalidad mexicana o de alguno de los países con los que México tiene un tratado de libre comercio con capítulo de compras gubernamentales y en el caso de personas morales, deberán acreditar su existencia legal con las escrituras públicas correspondientes, esto es acreditar que fueron constituidas conforma a las leyes mexicanas o a las leyes de alguno de los países con los que México tiene celebrado un tratado de libre comercio con capítulo de compras gubernamentales.

4.2.22 Escrito donde manifieste que los bienes (equipos y bienes de consumo) que usará para la prestación del servicio no cuentan con alertas médicas tipo I y II que sean reconocidas por organismos internacionales como la FDA y por la OOAD de los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años. En el caso de los equipos que hayan presentado alerta médica el licitante deberá adjuntar a este escrito el alta o resolución de la misma.

4.2.23 Las Clínicas Subrogadas ofertadas deben ubicarse dentro de un radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica a la que pretenda prestarse el servicio, por lo que deberá presentar mapa de ubicación generada a través de la plataforma electrónica de Google Maps o análoga.

4.2.24 Como parte de su propuesta técnica, los licitantes deberán integrar en su propuesta técnica la documentación correspondiente al sistema de información ofertado por partida, pudiendo ofertar una o más opciones, con el cual proporcionará el servicio, el cual, describirá en el Anexo TI.2 (TI. dos) consistente en un escrito en formato libre, en hoja membretada del licitante y debidamente firmado por su representante legal, en el cual manifiesta que cuenta con la capacidad de desarrollar e implementar dicho sistema de información para proporcionar el servicio en tiempo y forma conforme a lo establecido en el anexo técnico así como términos y condiciones del presente procedimiento de

contratación, en apego a la **ETIMSS (vigente) para el Sistema de Información de Hemodiálisis**, los cuales conoce y acepta en su totalidad.

Referente a **Protección Civil,** se solicita lo siguiente:

4.2.25 Evaluación vigente a nombre del licitante en Conformidad y Cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, en los términos que establece la Secretaría de trabajo y Previsión Social.

i. La vigilancia del cumplimiento de la Norma corresponde a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social en su ámbito de competencia.

ii. El procedimiento para la evaluación de la conformidad aplica tanto para la autoridad laboral, en ejercicio de sus facultades de vigilaría o al verificar el cumplimiento de la Norma, en el marco de las evaluaciones integrales del programa de Autogestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, así como para las unidades de verificación.

iii. Documento probatorio: **Dictamen del cumplimiento de la NOM-002-STPS-2010** vigente y a nombre del licitante, por parte de la inspección federal del trabajo o en su caso, por parte de unidad de verificación acreditada. misma que deberá presentar su acreditamiento de parte de una autoridad competente.

El documento presentado para acreditar el cumplimiento de este requisito **deberá incluir la descripción clara y específica de la Norma solicitada**.

4.2.26 Acreditación vigente a nombre del licitante del Programa Interno de Protección Civil, en los términos establecidos y reglamentados por la autoridad de Protección Civil estatal o municipal, según corresponda por la ubicación geográfica del inmueble.

i. La vigilancia del cumplimiento del Programa Interno de Protección Civil corresponde a las autoridades del Protección Civil estatal o municipal.

ii. El procedimiento para la evaluación del Programa de Protección Civil en establecimientos mercantiles aplica a la autoridad de protección Civil estatal o municipal, en el ejercicio de sus facultades de inspección y verificación.

iii. Documento probatorio que acredite la verificación satisfactoria del Programa Interno de Protección Civil, vigente y a nombre del licitante, expedido por la autoridad local de Protección Civil.

El documento presentado deberá incluir la **descripción clara y específica del Programa solicitado**, adicionalmente **deberá presentar el Programa Interno de Protección Civil, mismo que fue sujeto a verificación**.

El o los licitantes que resulten adjudicados, se obligan a mantener actualizados, y vigentes los documentos a que aluden los numerales 4.2.25 al 4.2.26 anteriores, durante la vigencia del contrato respectivo.

La falta de presentación de los escritos y documentos obligatorios señalados en el apartado "Licencias, permisos, registros, certificados o autorizaciones que deben cumplir o aplicarse al bien o servicio a contratar", afecta la solvencia de las propuestas, o que éstos no se apeguen a las características solicitadas", o que éstos no se apeguen a las características solicitadas., afecta la solvencia de las propuestas.

f) Visitas a las instalaciones institucionales, donde se suministrarán o colocarán los bienes o donde se prestarán los servicios, en su caso.

No aplica.

g) Si se requiere efectuar visitas a las instalaciones de los licitantes. Se deberá precisar puntualmente, el objeto y el resultado que se espera obtener de la misma, a efecto de que se plasme en la convocatoria.

5. VISITAS A LAS INSTALACIONES DE LOS LICITANTES.

El Instituto realizará visitas a las instalaciones de los licitantes de acuerdo con lo siguiente:

Durante el periodo de evaluación el Instituto realizará la verificación de la Unidad Médica Subrogada de Hemodiálisis, con base al Anexo T3 (T-tres) Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de Hemodiálisis subrogada, a cargo del personal designado por la

OOAD; se llevará a cabo en los domicilios de las instalaciones de los licitantes, donde se ubica la Unidad Médica de Hemodiálisis Subrogada ofertada en su propuesta técnica.

Como parte de la evaluación técnica, el Instituto verificará el cumplimiento de todos y cada uno de los requisitos señalados en el Anexo T3 (T tres) Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis, a cargo del personal designado por la OOAD.

Para los efectos antes señalados, una Comisión integrada por representantes de la OOAD, se dirigirá al domicilio de las instalaciones propuestas por los licitantes, a partir del día siguiente a la publicación de la presente Licitación Pública, y hasta tres días hábiles previos a acto de comunicación de la adjudicación, mismos que establecerán comunicación con el licitante para hacerle del conocimiento de la fecha programada.

a. La realización de visitas a las instalaciones de los licitantes en las unidades de hemodiálisis subrogadas.

Para tal efecto respecto de la Visita a las instalaciones de los Unidades de hemodiálisis subrogadas, se deberá observar, como parte de la evaluación técnica, el Instituto verificará el cumplimiento de todos y cada uno de los requisitos señalados en el Anexo T3 (T tres) Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogada, a cargo del personal designado por OOAD.

Así mismo, durante la vigencia de la prestación del servicio contratado, la verificación se realizará, con base al Anexo T4 (T cuatro) CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADESDE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, misma que estará a cargo del personal designado por la OOAD; se llevará a cabo en los domicilios de las instalaciones de los licitantes adjudicados, y en caso de incumplimientos se iniciará el proceso de rescisión del contrato correspondiente.

Para el caso en el que las Unidades Subrogadas se encuentren certificadas por el Consejo de Salubridad General, las visitas de supervisión se realizarán cada 6 meses, en el caso de que la Unidad Subrogada se encuentre en proceso de Certificación, las visitas se realizarán cada 4 meses y en el caso de que la Unidad Subrogada no se encuentre ni en proceso de certificación ni certificada, las visitas se realizarán cada 2 meses, **o durante el tiempo que el instituto lo determine**.

b. *Procedimiento para la realización de visitas a las instalaciones de los licitantes en las unidades de hemodiálisis subrogadas*, para dar cumplimiento a los requisitos establecidos en el Anexo T3 (T Tres) "Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogada".

Como parte de la propuesta técnica del licitante, deberá cumplir con los requisitos de ponderación señalados en el Anexo T3 (T tres) Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas, cuya verificación de cumplimiento de todos y cada uno de los requisitos será durante el periodo de evaluación por parte del Instituto.

El licitante deberá presentar escrito de manifestación de que cumple con los requisitos señalados en el Anexo T3 (T tres) Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas, con su respectivo soporte documental y fotográfico, de todos los conceptos y apartados que integran el citado anexo (excepto cuando estén marcados como (O) de Opcionales).

I. Instalaciones físicas.
II. Área de tratamiento dialítico por cada estación-paciente (Unidad).
III. Área de tratamiento de agua para hemodiálisis.
IV. Servicios Auxiliares.
V. Manuales y Registros.
VI. Mantenimiento preventivo y correctivo.
VII. Equipamiento de la Unidad de hemodiálisis.
VIII. Área de consulta médica/Sala de procedimientos para las unidades que no se encuentren dentro del hospital.
IX. Recursos Humanos.
X. Insumos.
XI. EL licitante deberá incluir en su propuesta técnica:

a) **Dictamen** del cumplimiento de la NOM-002-STPS-2010, (**CONDICIONES DE SEGURIDAD - PREVENCION Y PROTECCION CONTRA INCENDIOS EN LOS CENTROS DE TRABAJO**), vigente y a nombre del licitante por parte de la inspección

federal del trabajo o en su caso, por parte de una unidad de verificación acreditada debidamente por una autoridad competente.

El documento presentado para acreditar el cumplimiento de este requisito deberá incluir la **descripción clara y específica de la Norma solicitada**.

b) **Documento** con el cual acredite la verificación vigente y satisfactoria, a nombre del licitante, del **Programa Interno de Protección Civil**, expedido por la autoridad local de Protección Civil.

El documento presentado deberá incluir la **descripción clara y específica del Programa solicitado.**

c) **Programa Interno de Protección Civil**, vigente, mismo que fue sujeto a verificación y avalado por lo solicitado en el inciso anterior.

Los elementos solicitados referentes a protección civil, se deben presentar en su Propuesta Técnica, no se realizarán visitas para estos incisos.

c. Requisitos sobre las condiciones que deben considerarse para la realización de visitas a las instalaciones de las unidades a subrogar.

Los servidores públicos responsables de realizar la visita a las instalaciones de las Unidades a subrogar deberán estar designados mediante oficio de autorización que podrá ser firmado, en el numeral 3 de los presentes Términos y Condiciones, de acuerdo al nivel jerárquico siguiente:

d. Modo de notificar al servidor público del encargo y su aceptación para realizar las visitas.

El oficio de designación para efectuar las visitas a las instalaciones de los licitantes deberá precisar lo siguiente:

I. Objeto de la visita.

II. Día, hora, fecha, lugar, persona o (as) con quien se atenderá la revisión de las instalaciones de los licitantes.

III. El resultado que se espera obtener de la misma.

IV. El Servidor Público designado para realizar las visitas, deberá firmar de recibido dicho oficio, de conocimiento y como aceptación del encargo.

e. Modo de notificar al licitante, representante legal y/o persona autorizada para atender la visita a sus instalaciones.

El oficio de notificación (físico o electrónico) que emita el Instituto deberá ser dirigido al licitante, representante legal y/o persona autorizada, precisará lo siguiente:

i. *Objeto de la visita.*

ii. *Día, hora, fecha, lugar y nombre de los servidores públicos quienes realizarán la revisión de las instalaciones de los licitantes.*

iii. *El representante legal del licitante y/o persona autorizada para atender la visita a las instalaciones a subrogar, deberán confirmar y acusar de recibido el comunicado, por el mismo medio en que se realizó el procedimiento licitatorio, es decir, de manera presencial o medio electrónico.*

iv. *El resultado que se espera obtener de la misma, en términos del Anexo T3, Cédula de Verificación de las Instalaciones en las Unidades de Hemodiálisis Subrogada.*

f. Los Servidores Públicos responsables, por parte de la OOAD, de llevar a cabo la visita a instalaciones de los licitantes, serán los designados por:

i. En OOAD. El Titular, el Jefe de Servicios, el Jefe de Departamento o el Jefe de Oficina de que se trate.

g. Las personas responsables, por parte de los licitantes, para atender la visita a sus instalaciones, serán:

Las que designe el representante legal y/o persona autorizada del licitante para tal fin, que deberán obrar con tal carácter en la respuesta al oficio de notificación de visita a sus instalaciones

h. Plazos para realizar las visitas a las instalaciones del licitante

Como parte de la evaluación técnica, el Instituto verificará el cumplimiento de todos y cada uno de los requisitos señalados en el Anexo T3 (T tres) Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas, a cargo del personal designado por la OOAD. Verificación que podrá realizarse a partir del día siguiente a la celebración del acto de presentación y apertura de proposiciones y hasta 5 días hábiles antes previos al acto de fallo.

i. Lugar en donde se realizarán las visitas

La ubicación de los lugares donde se realizarán las visitas, son los establecidos por los licitantes y que se indican en su propuesta, que serán señalados en el documento Anexo T 0 (T cero) Oferta Técnica.

j. Objeto o finalidad de las visitas

El Instituto por conducto de su personal autorizado, realizará visitas a las instalaciones de los licitantes de acuerdo con lo siguiente:

Durante el periodo de evaluación el Instituto realizará la verificación de la Unidad Médica Subrogada de Hemodiálisis, con base en el Anexo T3 (T Tres) Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de Hemodiálisis subrogada, a cargo del personal designado por la OOAD; se llevará a cabo en los domicilios de las instalaciones ofertadas por los licitantes.

Como parte de la evaluación técnica, el Instituto verificará el cumplimiento de todos y cada uno de los requisitos señalados en el Anexo T3 (T tres) Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogada, a cargo del personal designado por la OOAD.

Para los efectos antes señalados, una Comisión integrada por representantes de la OOAD, se dirigirá al domicilio de las instalaciones propuestas por los licitantes, a partir del día siguiente a la publicación de la presente solicitud de información, y hasta tres días hábiles previos a acto de comunicación de la adjudicación, mismos que establecerán comunicación con el licitante para hacerle del conocimiento de la fecha programada, en términos de lo establecido por el **PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE VISITAS A LAS INSTALACIONES DE LOS LICITANTES EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADAS.**

Adicionalmente se informa que, en la visita a las Instalaciones de los Licitantes, con base en" EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN MATERIA DE CONTRATACIONES PÚBLICAS, OTORGAMIENTO Y PRÓRROGA DE LICENCIAS, PERMISOS, AUTORIZACIONES Y CONCESIONES" se incluye lo siguiente:

En la visita a las instalaciones de la Unidad Médica Subrogada, el servidor público responsable, deberá llevar a cabo la formalización de una minuta que deberá ser firmada por los participantes y contendrá al menos: la fecha, la hora de inicio y de conclusión, los nombres completos de todas las personas que estuvieron presentes y el carácter, cargo o puesto directivo con el que participaron, del personal del Instituto (Jefe de Servicio o Encargado del Área de Hemodiálisis o Director de la Unidad Médica), nombre, cargo y firma del personal de la empresa licitante asistente, así como los temas tratados, conforme a lo señalado en el numeral 14 del "PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN MATERIA DE CONTRATACIONES PÚBLICAS, OTORGAMIENTO Y PRÓRROGA DE LICENCIAS, PERMISOS, AUTORIZACIONES Y CONCESIONES" publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) 20 de agosto de 2015, y sus reformas de fechas de publicación en el DOF el 19 de febrero de 2016 y el 28 de febrero 2017, para lo cual previamente el servidor público del IMSS deberá realizar la invitación al personal del Órgano Interno de Control (OIC), remitiéndole a este último copia simple de la minuta que se levante del acto, en un plazo no mayor a dos días hábiles para el Instituto, contados a partir de su formalización.

Dicha minuta NO servirá de constancia de haber realizado la visita a las instalaciones de cada sitio que se visite, solo es para el debido cumplimiento del protocolo señalado y no es objeto de evaluación técnica alguna, por lo que no será motivo de desechamiento de la propuesta.j

h) Las penas convencionales y deducciones al pago de conformidad con lo dispuesto en el lineamiento 5.5.8 de las presentes POBALINES.

6. NIVELES DE SERVICIO, PENAS CONVENCIONALES Y DEDUCTIVAS

a. Niveles de servicio

EL LICITANTE ADJUDICADO, durante la vigencia del contrato, deberá cumplir con los niveles de servicio descritos a continuación:

Concepto	Niveles de Servicio
El plazo para la prestación del Servicio será a más tardar el día 16 natural, contados a partir del día 16 natural contados a partir del inicio de la vigencia del contrato.	A partir del día 16 natural contados a partir del inicio de la vigencia del contrato.-
La transición del acceso vascular temporal por un acceso vascular definitivo para los pacientes con permanencia en el programa no deberá ser por un tiempo mayor de:	3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada.
Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI. La unidad en funcionamiento deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.	Bimestral. (al día hábil siguiente a la conclusión del bimestre)
Reporte de laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010. La unidad en funcionamiento deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.	Resultados de análisis bacteriológico dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010.
Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI. La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico.	Al menos una vez durante la vigencia del contrato.
Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI.	Resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010

Concepto	Niveles de Servicio
La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico.	
Dotación del mismo número de catéteres temporales o permanentes que fueron colocados a pacientes referidos a subrogación el mes inmediato anterior más 2(dos) catéteres temporales o permanentes como lo solicite el jefe de servicio	Mensualmente. (dentro de los primeros 5 días hábiles de cada mes)
Canje – Reposición de bienes por vicios ocultos o problemas de calidad.	Cuando excede de 7 (siete) días naturales, contados a partir de la fecha de notificación de la solicitud de canje-reposición.
El licitante adjudicado realizará la entrega en las oficinas del Administrador del contrato con copia a la CPSMA y a la CDI conforme al inciso b) numeral 1 del anexo técnico de los siguientes puntos: a) Firma del Acuerdo de Confidencialidad b) Designación de contacto responsable con sus datos. c) Designación de sistema y empresa soporte Respecto a la Solicitud de Pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7, el licitante adjudicado realizará la entrega al Administrador del contrato y este a su vez, entregará la solicitud por escrito en las oficinas de la Coordinación de Informática Delegacional del OOAD.	Dentro de los 5 (cinco) días hábiles siguientes a la fecha de emisión y notificación del fallo.
CAPACITACIÓN PREVIA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN. El(los) licitante(s) adjudicado(s) deberá(n) realizar la capacitación del sistema de información para el personal que el Instituto designe, conforme al programa de capacitación. Asimismo, entregarán una copia del manual de usuario impreso o electrónico con acuse de recibo en formato libre a cada participante, y llevará listas de asistencia, evaluaciones y firma de conformidad por parte del usuario, al término de la capacitación extenderá constancia de esta.	A más tardar el día 15 (quince) natural contado a partir de la emisión y notificación del fallo (de acuerdo con el inciso b) numeral 5 del Anexo técnico).
CAPACITACIÓN CONTINUA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN. El(los) licitante(s) adjudicado(s) a las Partidas deberá realizar la capacitación del sistema de información para el personal designado por el Instituto, cuando exista rotación de personal, llegada de nuevo personal a los servicios, o cuando el Instituto considere necesaria una recapacitación. Asimismo, entregarán una copia del manual de usuario impreso o electrónico con acuse de recibo en formato libre a cada participante, y llevará listas de asistencia, evaluaciones y firma de conformidad por parte del usuario, al término de la capacitación extenderá constancia de esta.	En un plazo máximo de 7 (siete) días hábiles después de haberse solicitado al Licitante Adjudicado (de acuerdo con el inciso b) numeral 5 del Anexo técnico).

Concepto	Niveles de Servicio
Instalación y puesta en operación, del Sistema de Información Conforme al Anexo Técnico y la ETIMSS 5640-023-004 - vigente	Dentro de los 15 (quince) días hábiles contados a partir de la emisión y notificación del fallo.
El licitante adjudicado proporcionará al Administrador del Contrato con copia a la CDI conforme al anexo técnico un Calendario de Despliegue del Sistema Evaluado considerando todas las Unidades de Hemodiálisis incluidas en el contrato.	Dentro de los 2 (dos) días hábiles posteriores a la fecha de aprobación exitosa en sitio del sistema de información evaluado.
Envío de mensajería HL7 a la base de datos central del Instituto, conforme a la ETIMSS 5640-023-004 vigente necesario para la transmisión de datos a la base de datos central del Instituto.	El(los) Licitante(s) Adjudicado(s) deberán enviar y recibir la totalidad (Respuesta exitosa por parte de los servicios web del Instituto) de la mensajería HL7 a la base de datos central del Instituto conforme a la ETIMSS vigente.

b. Penas convencionales por atraso en la prestación de los servicios.

La pena convencional por atraso se calculará por cada día de atraso en el cumplimiento de las fechas pactadas, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, aplicado al valor de la sesión programada con atraso y/o por las sesiones no transmitidas, 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.

El pago de los servicios quedará condicionado, proporcionalmente al pago que el licitante adjudicado deba efectuar por concepto de penas convencionales.

Conforme a lo previsto en el último párrafo del artículo 96, del Reglamento la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, no se aceptará la estipulación de penas convencionales, ni intereses moratorios a cargo del Instituto.

El Administrador del Contrato será el responsable de calcular, aplicar y dar seguimiento a las penas convencionales, previstas, así como de notificarlas al licitante adjudicado para que éste realice el pago correspondiente.

La pena convencional se calculará de acuerdo con los siguientes términos y condiciones expresados en la fórmula que se detalla a continuación:

Pca = (%d) (npa) (vbspa)

Dónde:

%d=porcentaje determinado en la convocatoria de la licitación pública, invitación a cuando menos tres personas, cotización, contrato o pedido por cada día de atraso en la entrega de bienes o en el inicio de la prestación del servicio o arrendamiento, considerando el rango señalado en el inciso "b".

Pca = pena convencional aplicable.

npa = número de periodo de tiempo de atraso contabilizado según corresponda

vbspa = valor de los bienes o servicios prestados con atraso, sin IVA.

El Instituto, aplicará una pena convencional por cada día natural de atraso en el inicio de la prestación de los servicios, en cada uno de los supuestos incluidos en la siguiente tabla:

Concepto	Unidad de medida	Penalización	Responsable de reportar el incumplimiento	Administrador del contrato será el Responsable del cálculo, notificación de la pena
El plazo para la prestación del Servicio será a más tardar el día 16 natural contados a partir del inicio de la vigencia del contrato y hasta el 30 de junio 2026.	Por cada día natural de atraso, a partir del día 16 natural contados a partir del inicio de la vigencia del contrato y hasta el 30 de junio 2026, en que no se haya puesto a punto para la prestación del servicio.	1% diario sobre el valor total de los servicios no prestados con base en el requerimiento del Anexo T1 y del monto adjudicado sin incluir el IVA	Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en la OOAD	Administrador de contrato
Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.	Por cada día natural de atraso en la entrega del reporte resultados de acuerdo con las especificaciones de la NOM 003-SSA3-2010, con base en la fecha que se haya determinado en conjunto entre el licitante adjudicado y el Administrador de contrato, las fechas en que el licitante adjudicado prestador de servicio determinará y notificará al Administrador del Contrato, las fechas en que éste deberá entregar la copia simple de los reportes originales de los resultados de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del agua	1% diario sobre el valor total de la factura mensual sin incluir el IVA	Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en OOAD	Administrador de contrato
Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la	Por cada día natural de atraso en la entrega del reporte resultados químicos,	1% diario sobre el valor total de la factura mensual sin	Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad	Administrador de contrato

Concepto	Unidad de medida	Penalización	Responsable de reportar el incumplimiento	Administrador del contrato será el Responsable del cálculo, notificación de la pena
NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI. La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico.	de acuerdo con las especificaciones de la NOM 003-SSA3-2010, con base en la fecha que se haya determinado en conjunto entre el licitante adjudicado y el Administrador de contrato, las fechas en que el licitante adjudicado prestador de servicio determinará y notificará al Administrador del Contrato, las fechas en que éste deberá entregar la copia simple de los reportes originales de los resultados de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del agua	incluir el IVA	Médica en la OOAD	
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.	1% (un punto por ciento) diario, sin IVA, sobre la factura del mes en que ocurra la incidencia.	Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas/ Jefe de Servicio	Administrador de contrato
El licitante adjudicado realizara la entrega en las oficinas del Administrador del Contrato con copia a la CPSMA y la CDI conforme al inciso b) numeral 1 del Anexo Técnico, de los siguientes puntos: Firma del Acuerdo de Confidencialidad Designación de contacto responsable con sus datos. Designación de sistema y empresa soporte La Solicitud de Pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7. Respecto a la Solicitud de Pruebas de	Por cada día natural de atraso a partir de que se exceda el plazo establecido de los 05 (cinco) días hábiles siguientes a la fecha de emisión del fallo.	0.2% diario sobre el valor de la garantía del contrato, en su proporcionalidad por Unidad Médica, sin incluir el IVA.	Administrador del contrato.	Administrador de contrato

Concepto	Unidad de medida	Penalización	Responsable de reportar el incumplimiento	Administrador del contrato será el Responsable del cálculo, notificación de la pena
funcionalidad y envío de mensajería HL7, el licitante adjudicado realizará la entrega al Administrador del contrato y este a su vez, entregará la solicitud por escrito en las oficinas de la Coordinación de Informática Delegacional.				
Cuando se realicen más de tres intentos para acreditar las pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7 en oficina, de conformidad con el Anexo Técnico.	Por cada evaluación excedente que se realice posterior al tercer intento.	0.5% sobre el valor de la garantía del contrato, por cada intento adicional, en su proporcionalidad por Unidad Médica, sin incluir el IVA.	CDI del OOAD	Administrador del Contrato.
Cuando se realicen más de dos intentos para acreditar las pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7 en sitio, de conformidad con el Anexo Técnico.	Por cada evaluación excedente que se realice posterior al segundo intento.	0.5% sobre el valor de la garantía del contrato, por cada intento adicional, en su proporcionalidad por Unidad Médica, sin incluir el IVA.	CDI del OOAD	Administrador del Contrato.
CAPACITACIÓN PREVIA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN. El(los) licitante(s) adjudicado(s) deberá(n) realizar la capacitación del sistema de información para el personal del Instituto designado al servicio, conforme al programa de capacitación. Asimismo, entregarán una copia del manual de usuario impreso o electrónico con acuse de recibo en formato libre a cada participante, y llevará listas de asistencia, evaluaciones y firma de conformidad por parte del usuario, al término de la capacitación extenderá constancia de esta.	Por cada día natural que exceda los 15 (quince) días hábiles contados a partir de la emisión y notificación del fallo (de acuerdo con el inciso b) numeral 5 del Anexo técnico.	0.2% diario sobre el valor de la garantía del contrato, en su proporcionalidad por Unidad Médica, sin incluir el IVA.	Jefe de Servicio en conjunto con CDI del OOAD	Administrador del contrato.

Concepto	Unidad de medida	Penalización	Responsable de reportar el incumplimiento	Administrador del contrato será el Responsable del cálculo, notificación de la pena
CAPACITACIÓN CONTINUA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN. El(los) licitante(s) adjudicado(s) a las Partidas deberá realizar la capacitación del sistema de información para el personal designado por el Instituto, cuando exista rotación de personal, llegada de nuevo personal a los servicios, o cuando el Instituto considere necesaria una recapacitación. Asimismo, entregarán una copia del manual de usuario impreso o electrónico con acuse de recibo en formato libre a cada participante, y llevará listas de asistencia, evaluaciones y firma de conformidad por parte del usuario, al término de la capacitación extenderá constancia de esta.	Por cada día de atraso que exceda el nivel de servicio.	0.2% diario sobre el valor de la garantía del contrato, en su proporcionalidad por Unidad Médica, sin incluir el IVA.	Jefe de Servicio en conjunto con CDI del OOAD.	Administrador del contrato.
Instalación y puesta en operación, del Sistema de Información Conforme al Anexo Técnico y la ETIMSS 5640-023-004 – vigente.	Por cada día natural de atraso a partir de que se exceda el plazo de los 15 (quince) días contados a partir de la emisión y notificación del fallo.	0.5% diario sobre el valor de la garantía del contrato, en su proporcionalidad por Unidad Médica, sin incluir el IVA.	Jefe de Servicio de Nefrología o medicina interna en conjunto con CDI	Administrador del contrato.
El licitante adjudicado proporcionará al Administrador del Contrato con copia a la CDI conforme al anexo técnico un Calendario de Despliegue del Sistema Evaluado considerando todas las Unidades de Hemodiálisis incluidas en el contrato	Por cada día natural de atraso a partir de que se exceda el plazo de 2 (dos) días hábiles posteriores a la fecha de aprobación del sistema de información en sitio	0.2% diario sobre el valor de la garantía del contrato, en su proporcionalidad por Unidad Médica, sin incluir el IVA.	Administrador del Contrato.	Administrador del contrato.

c. Deducciones por incumplimiento parcial o deficiente en la prestación del servicio de hemodiálisis.

De conformidad con el artículo 76 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, el Instituto podrá aplicar deducciones al pago de los servicios con motivo del incumplimiento total parcial o deficiente en que pudiera incurrir el licitante adjudicado respecto de las partidas o conceptos que integran el contrato, las cuales no excederán del monto de la garantía de cumplimiento establecida en el mismo.

Dichas deductivas serán determinadas en función de los servicios que hayan sido prestados deficientemente y deberán ser calculadas de acuerdo a lo establecido en los artículos 76 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 97 de su Reglamento y 4.3.3 del Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

En ningún caso las deducciones podrán negociarse en especie.

El Administrador del Contrato será el responsable de calcular, aplicar y dar seguimiento a las penas convencionales y deducciones, según sea el caso, así como de notificarlas al licitante adjudicado para que éste realice el pago correspondiente y le notifique las deducciones que en su caso se haya hecho acreedor.

Los límites de incumplimiento respecto de las deductivas serán hasta por el monto de la garantía de cumplimiento,

Así mismo la deducción deberá considerar que es más IVA.

El Instituto descontará las cantidades por concepto de deductivas de la factura que el licitante adjudicado presente para su cobro.

Las deducciones por deficiencias en la prestación del servicio se calcularán, por cada día de atraso en la prestación del servicio, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, 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	Administrador del contrato será Responsable del cálculo, notificación de la deducción
La transición del acceso vascular temporal por un acceso vascular definitivo para los pacientes con permanencia en el programa, no deberá ser por un tiempo mayor de:	3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada.	Falta en el cambio, a algún paciente(s) del acceso vascular temporal por el definitivo en el plazo establecido	El 1% sobre el valor total de la factura mensual sin el IVA, cuando ocurra que a algún paciente(s) no se le haya realizado el cambio.	El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato	Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en la OOAD	Administrador de contrato
Reporte de laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010	Resultados de análisis bacteriológico dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010, con base en la fecha que se haya determinado en conjunto entre el	Cumplir con las especificaciones de la calidad del agua de acuerdo con la NOM NOM-003-SSA3-2010	1% sobre el valor total de la factura mensual sin IVA.	El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato	Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en la OOAD	Administrador de contrato

Concepto	Niveles de servicio	Unidad de medida para la deducción	Deducción	Límite de incumplimiento motivo de rescisión del contrato	Responsable de reportar el incumplimiento	Administrador del contrato será Responsable del cálculo, notificación de la deducción
La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.	licitante adjudicado y el Administrador de contrato, las fechas en que el licitante adjudicado prestador de servicio determinará y notificará al Administrador del Contrato, las fechas en que éste deberá entregar la copia simple de los reportes originales de los resultados de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del agua					
Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI. La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico.	Resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010	Por cada día de atraso en que no cumpla con las especificaciones de la calidad del agua de acuerdo con la NOM y las recomendaciones de la AAMI.	1% sobre el valor total de la factura mensual sin IVA	El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato	Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en	Administrador de contrato
Dotación del	Dotación del	Por cada día	1% diario, sobre	El límite de la	Jefe de Servicio	Jefe de Servicios

Concepto	Niveles de servicio	Unidad de medida para la deducción	Deducción	Límite de incumplimiento motivo de rescisión del contrato	Responsable de reportar el incumplimiento	Administrador del contrato será Responsable del cálculo, notificación de la deducción
mismo número de catéteres temporales o permanentes que fueron colocados a pacientes referidos a subrogación el mes inmediato anterior más 2(dos) catéteres temporales o permanentes como lo solicite el jefe de servicio	mismo número de catéteres temporales o permanentes que fueron colocados a pacientes referidos a subrogación el mes inmediato anterior más 2(dos) catéteres temporales o permanentes como lo solicite el jefe de servicio	natural a partir de la fecha en que debió ser entregada la totalidad de dotación de catéteres.	el valor total de la factura mensual sin incluir IVA	deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato Médico	de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en la OOAD	Administrativos o Director Administrativo
Envío de Mensajería HL7	Cuando el licitante adjudicado a cada Partida no envíe la mensajería HL7 a la base de datos central del Instituto correspondiente a la totalidad de las sesiones realizadas, sesiones no otorgadas y resumen clínico durante el periodo de facturación	Ante la deficiencia en la entrega total de la mensajería HL7 de las sesiones realizadas, sesiones no otorgadas y resumen clínico durante el mes de facturación.	Se deberán contemplar los siguientes porcentajes de incumplimiento en virtud del conteo total obtenido, conforme a lo siguiente: Del 1% al 25% de incumplimiento: aplicar 0.4% del valor de la factura que incluya IVA, correspondiente al periodo del incumplimiento en el servicio, sin pasar el monto de la garantía de cumplimiento. Del 26% al 50% de incumplimiento: aplicar 0.6% del valor de la	Hasta por el monto de la garantía de cumplimiento.	Jefe de Nefrología o Medicina Interna en conjunto con el CDI del OOAD	Administrador del Contrato

Concepto	Niveles de servicio	Unidad de medida para la deducción	Deducción	Límite de incumplimiento motivo de rescisión del contrato	Responsable de reportar el incumplimiento	Administrador del contrato será Responsable del cálculo, notificación de la deducción
			factura que incluya IVA, correspondiente al periodo del incumplimiento en el servicio, sin pasar el monto de la garantía de cumplimiento. Del 51% al 75% de incumplimiento: aplicar 0.8% del valor de la factura que incluya IVA, correspondiente. Del 75% al 100% de incumplimiento: aplicar 1.0% del valor de la factura que incluya IVA, correspondiente al periodo del incumplimiento en la unidad médica, sin pasar el monto de la garantía de cumplimiento. *(*Ejemplo: Durante el mes de facturación fueron requeridos 100 mensajes HL7, de los cuales, 80 fueron enviados de forma efectiva y exitosa a la base de datos central del Instituto.* *En ese sentido,*			

Concepto	Niveles de servicio	Unidad de medida para la deducción	Deducción	Límite de incumplimiento motivo de rescisión del contrato	Responsable de reportar el incumplimiento	Administrador del contrato será Responsable del cálculo, notificación de la deducción
			será -conforme al 1% al 25% de incumplimiento- aplicado el 0.4% de sanción al valor de la factura que incluya IVA correspondiente al periodo *del incumplimiento, con base en la ETIMSS vigente.)*			

i) En su caso, mecanismos requeridos al proveedor para responder por defectos o vicios ocultos de los bienes o de la calidad de los servicios.

7. DEVOLUCIÓN POR DEFECTOS, VICIOS OCULTOS DE LOS BIENES O DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

La devolución y reposición de Bienes de Consumo será por cuenta y a cargo del licitante adjudicado.

Los montos a deducir se aplicarán en la factura que el proveedor presente para su cobro.

Las deducciones no podrán exceder del 10% del monto máximo total del contrato.

El Instituto descontará las cantidades por concepto de deductivas de la factura que el proveedor presente para su cobro.

El licitante adjudicado 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 al Instituto y/o a terceros, con motivo de las obligaciones pactadas en el instrumento jurídico correspondiente o bien, por los defectos o vicios ocultos en los bienes entregados, de conformidad con lo establecido en el artículo 75 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

El Instituto podrá verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad de los bienes, a través de la COCTI, cuyas muestras utilizadas para este efecto, deberán ser repuestas por el proveedor sin costo para el Instituto, al área del IMSS que así lo solicite.

j) Las garantías de anticipos y cumplimiento, deberán de apegarse al numeral 4.30.1, penúltimo párrafo de estas POBALINES

8. GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.

El licitante adjudicado, se obliga a otorgar a el Instituto, dentro de los diez días naturales siguientes a la firma del contrato en términos del artículo 69 fracción II de la LAASSP, una garantía de cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones a su cargo derivadas del contrato, mediante fianza expedida por compañía autorizada en los términos de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas y a favor del "Instituto Mexicano del Seguro Social", por un monto equivalente al 10% (diez por ciento) del monto total máximo del contrato a erogar en el ejercicio fiscal de que se trate.

Los proveedores quedan obligados a entregar al Instituto la póliza de fianza.

Dicha póliza de garantía de cumplimiento del contrato será devuelta al proveedor una vez que el Instituto le otorgue autorización por escrito, para que éste pueda solicitar a la afianzadora correspondiente la cancelación de la fianza, autorización que se entregará al proveedor, siempre que demuestre haber cumplido con la totalidad de las obligaciones adquiridas por virtud del presente contrato, para lo cual deberá de presentar mediante escrito la solicitud de liberación de la fianza al Departamento correspondiente mismo que llevará a cabo el procedimiento para la liberación y entrega de fianza.

La garantía de cumplimiento será divisible.

Rescisión administrativa del contrato.

De conformidad con el apartado 5.6 de las POBALINES vigentes en el IMSS, cuando el licitante adjudicado incumpla total o parcialmente con cualquiera de las obligaciones establecidas en estos Términos y Condiciones y/o en el contrato correspondiente y sus respectivos anexos, se procederá a la rescisión administrativa del mismo sin necesidad de Declaración Judicial previa, de conformidad a lo establecido en el artículo 77 de la LAASSP y numeral 4.3.5 del MAAGMAASSP.

Las causales de rescisión administrativa serán las establecidas en el Anexo Técnico, los Términos y Condiciones, en el "MODELO DE CONTRATO", así como las que se establezcan en los contratos que se formalicen con los licitantes adjudicados.

En caso de que se lleve a cabo la rescisión de alguno (s) de los contratos derivados de la presente licitación, el Administrador del Contrato, deberá remitir cualquier información relacionada con la rescisión y/o terminación anticipada al Área Requirente, para los efectos a que haya lugar.

k) Precisar la forma de pago para lo cual deberán especificar el tipo de moneda y si se realizará en una sola exhibición o en pagos progresivos conforme a las entregas programadas en el contrato respectivo.

9. FORMA DE PAGO

El pago se realizará en pesos mexicanos en los plazos normados por la dirección de finanzas, en el anexo 2 del "Normatividad de pago de las cuentas contables", previo a la presentación de la documentación para trámite de pago por parte del proveedor y/o prestador de servicios en el Departamento de Presupuesto, Contabilidad y Erogaciones, ubicado en la calle José María Morelos y Pavón esquina con Josefa Ortiz de Domínguez, colonia centro, C.P. 50000, Toluca, Estado de México, en un horario de 08:00 a 13:00 horas de lunes a viernes. Para pronta referencia se agrega el "Anexo dos" norma de pago de la cuenta FINAT 51331002:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Cuenta FINAT
51331002 – Subrogación de hemodiálisis extramuros

Partida presupuestaria
COG 33901

Concepto:
Por las erogaciones de la subrogación de servicios de hemodiálisis.

Plazo de pago: 20 días

Tipo de glosa: Servicios integrales

Requisito:
- Contrato y/o pedido recepción enlazado en el sistema financiero FINAT.

Documentos que deben presentarse en ventanilla:
- Representación impresa del comprobante fiscal digital por internet (CFDI), que cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 29-A del Código Fiscal de la Federación, en la que se indique:
  - número de proveedor;
  - número de contrato; y,
  - número de ID de pedido-recepción.
- Opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social (IMSS), positiva y vigente.

Nota: la información que proviene de los sistemas SATI, SAI y Módulo de Compras, será considerada como la evidencia de que los bienes, arrendamientos y/o servicios fueron recibidos a entera satisfacción de las áreas correspondientes y que la documentación original que soporta dicha información obra en su poder.

Referencias normativas:
- Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento.
- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, artículo 66, fracc. III.
- Políticas, bases y lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios del IMSS. 1000-001-014.
- Norma que establece las disposiciones generales para la planeación, obtención y el control de los servicios subrogados de atención médica. 2000-001-006.
- Procedimiento para la recepción, glosa y aprobación de documentos presentados para trámite de pago y la constitución, modificación, cancelación, operación y control de fondos fijos. 6B13-003-002.

Elaboró	Revisó	Autorizó	Vigencia a partir de
01-septiembre-2024	02-septiembre-2024	03-septiembre-2024	05 SEP 2025
L.C. Daniel Díaz Mosqosa Titular de la División de Normatividad Contable y Fiscal	Lic. Mauricio José González Almeida Titular de la División de Trámite de Erogaciones	Mtro. Shadai G. Sánchez Ortuño Titular de la Coordinación de Contabilidad y Trámite de Erogaciones	Página 1 de 1 Anexo 2 clave 6B13-018-001

Requisitos:

- Contrato y/o pedido recepción enlazado en el sistema financiero FINAT

Documentos que deben presentarse en ventanilla:

- Representación impresa del comprobante fiscal digital por internet (CFDI), que cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 29-A del Código Fiscal de la Federación, en la que se indique:
  - Número de proveedor;
  - Número de contrato; y,
  - Número de ID de pedido – recepción.
- Opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social (IMSS), positiva y vigente.

Nota: La información que proviene de los sistemas SATI, SAI y módulo de compras, será considerada como la evidencia de que los bienes, arrendamientos y/o servicios fueron recibidos a entera satisfacción de las áreas correspondientes y que la documentación original que soporta dicha información obra en su poder.

Se agrega norma de pago denominada **ANEXO DOS** de la cuenta contable **51331002.**

El licitante adjudicado deberá presentar a la fecha del corte de los servicios, la representación impresa del comprobante fiscal digital (factura electrónica) y el Reporte de Sesiones efectivamente otorgadas en el periodo, obtenido del Sistema información y mensajería HL7 certificado y/o documentos que entregarán para su autorización al Administrador del Contrato, internamente serán validados por parte del Jefe del Servicio, el Subdirector Administrativo y el Director Médico de la Unidad, a más tardar 5 (cinco) días hábiles posteriores a la fecha indicada, la presentación impresa del comprobante fiscal digital (factura electrónica) deberá referir a las sesiones otorgadas que se encuentran señaladas en el reporte.

El pago de los servicios se efectuará en pesos mexicanos, a los 20 días naturales posteriores a la entrega de la presentación impresa del comprobante fiscal digital y documentación comprobatoria que acredite la entrega de los servicios 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¨ así como del Reporte de sesiones otorgadas en el periodo, ambos documentos deberán estar previamente autorizados por el administrador del Contrato, en caso de que el licitante adjudicado no cuente con sistema de información y mensajería HL7 certificado y la información se envíe en archivo de texto, adicionalmente entregará documentación de recepción de los servicios por el derechohabiente en donde se haya prestado el servicio, de lunes a viernes en un horario 9:00 a 14:00 horas, previa validación y autorización que para tal efecto realice el (INDICAR EL CARGO DEL TITULAR QUE ADMINISTRA EL CONTRATO) en su carácter del Administrador .

Lo anterior, con base en lo señalado en el numeral 4.24.4, incisos k y m, de las "Políticas, bases y lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios del IMSS" (POBALINES).

l) Establecer los mecanismos de comprobación, supervisión y verificación de los bienes o de los servicios contratados y efectivamente entregados o prestados, así como del cumplimiento de las requisiciones de cada entregable.

10. ESTABLECER LOS MECANISMOS DE COMPROBACIÓN, SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN DE LOS BIENES O DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS Y EFECTIVAMENTE ENTREGADOS O PRESTADOS, ASÍ COMO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS REQUISICIONES DE CADA ENTREGABLE.

Se realiza mediante lo solicitado en el Anexo T3. Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas y el Anexo T4, Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada.

En caso de que el licitante adjudicado no cuente con sistema de información y mensajería HL7 certificado y la información se envíe en archivo de texto, adicionalmente entregará copias de la solicitud de subrogación (4-30-2/03) y documento que incluya la fecha, nombre y firma de recepción de los servicios por el derechohabiente y/o acompañante, en las Áreas de Tramites de Erogación de la OOAD en donde se haya prestado el servicio, de lunes a viernes en un horario 9:00 a 14:00 horas, previa validación y autorización que para tal efecto realice el (Indicar el cargo del titular que administra el contrato) en su carácter del Administrador.

Para verificar la atención del paciente por cada sesión de hemodiálisis se incluye el Anexo T10. Relación de Asistencia de Pacientes en Hemodiálisis Subrogada.

El licitante adjudicado deberá presentar a la fecha del corte de los servicios, la representación impresa del comprobante fiscal digital (factura electrónica) y el Reporte de Sesiones efectivamente otorgadas, en el periodo obtenido del Sistema del Instituto, en caso de que el licitante adjudicado no cuente con sistema de información y mensajería HL7 certificado y/o documentos que entregarán para su autorización al Administrador del Contrato, internamente serán validados por parte del Jefe del Servicio, el Subdirector Administrativo y el Director Médico de la Unidad, a más tardar 5 (cinco) días hábiles posteriores a la fecha indicada, la presentación impresa del comprobante fiscal digital (factura electrónica) deberá referir a las sesiones otorgadas que se encuentran señaladas en el reporte.

Para efectos de garantizar que las cantidades tanto de sesiones otorgadas como los montos sujetos a pago el licitante adjudicado deberá presentar en la unidad médica a la fecha del corte de los servicios, la representación impresa del comprobante fiscal digital (factura electrónica) y el Reporte de Sesiones efectivamente otorgadas, en el periodo obtenido del Sistema del Instituto, en caso de que el licitante adjudicado no cuente con sistema de información y mensajería HL7 certificado y/o documentos que entregarán para su autorización al Administrador del Contrato, internamente serán validados por parte del Jefe del Servicio, el Subdirector Administrativo y el Director Médico de la Unidad, a más tardar 5 (cinco) días hábiles posteriores a la fecha indicada, la presentación impresa del comprobante fiscal digital (factura electrónica) deberá referir a las sesiones otorgadas que se encuentran señaladas en el reporte.

m) En caso de que se solicite el otorgamiento de anticipo, deberá señalarse el porcentaje y forma de amortización del mismo, el cual debe ajustarse a las disposiciones establecidas en los artículos 16, 66 fracciones IX y X de la LAASSP y 81 fracción V del RLAASSP, y el numeral 4.2.7 del MAAGAASSP. Así como la justificación para el otorgamiento del anticipo

En el presente procedimiento de contratación, no se considera el otorgamiento de anticipo.

11. NORMAS OFICIALES QUE DEBEN CONSIDERAR A CUMPLIR LAS PERSONAS FÍSICAS O MORALES PARA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

De conformidad con el artículo 31 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y con base en la Ley de Infraestructura de Calidad referente en el Artículo 155, Fracción II; así como el numeral 4.28.3 de las POBALINES, durante la vigencia de la prestación del servicio la persona física o moral adjudicado tendrá la obligación de dar cumplimiento de las Normas Oficiales señaladas en el Anexo Técnico.

Por lo anterior, se verificará que presente escrito en papel membretado del fabricante o licitante, en el que manifieste, que los productos cumplen con lo estipulado por la Ley General de Salud, en los artículos aplicables, conforme a lo establecido en la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos y sus Suplementos, en las Normas Oficiales Mexicanas, Normas Mexicanas, Normas Internacionales, así como las especificaciones técnicas del fabricante.

Se solicita que la Unidad de Hemodiálisis Subrogada ofertada por el licitante se encuentre Certificada o en Proceso de Certificación como se establece en el numeral 4.2.3, del presente documento.

COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

n) Aviso de privacidad, así como la precisión de las medidas de seguridad para el manejo de la información para bienes o servicios de tecnologías de la información y comunicaciones, alineado a la política general de Seguridad de la información en materia de TIC, cuando se considere aplicable.

12. AVISO DE PRIVACIDAD.

Con relación a este punto, referente al manejo de Tecnologías de Información, la División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud solicita el Anexo Número TI 3 (TI TRES) Acuerdo de Confidencialidad, el cual se encuentra en los Anexos de estos Términos y Condiciones.

o) Seguro de Responsabilidad Civil en el caso de adquisición o arrendamiento de bienes o prestación de servicios que así lo ameriten a juicio del Área Requirente y/o Técnica, misma que, bajo su responsabilidad, indicará el monto o porcentaje por el cual deberá constituirse la póliza respectiva, sin que esta pueda ser inferior al 5% (cinco por ciento) del importe total del contrato o, en su caso, del importe máximo del contrato. En estos casos, cuando el proveedor llegase a contar con una póliza de responsabilidad civil global, podrá entregar al Área Contratante el endoso que garantice el contrato o convenio que se celebre, mismo que deberá corresponder al monto o porcentaje que se hubiera establecido, sin que sea necesario exigirle la presentación, exhibición o entrega de la póliza original.

No aplica.

p) Tratándose de reuniones, conferencias, seminarios, cursos, capacitaciones, asambleas, justas deportivas y, en general, cualquier tipo de evento o acto en el que personas servidoras públicas participen fuera de las instalaciones del IMSS, se deberá contar con los dictámenes de protección civil emitidos por las autoridades competentes en la materia.

13. TRATÁNDOSE DE REUNIONES, CONFERENCIAS, SEMINARIOS, CURSOS, CAPACITACIONES, ASAMBLEAS, JUSTAS DEPORTIVAS Y, EN GENERAL, CUALQUIER TIPO DE EVENTO O ACTO EN EL QUE PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS PARTICIPEN FUERA DE LAS INSTALACIONES DEL IMSS.

No aplica.

ANEXOS	
T 0	Oferta Técnica
T1	" Requerimiento de sesiones para pacientes en Hemodiálisis Subrogada por Partida"
T2	Especificaciones del equipo médico e insumos para hemodiálisis; Características de la máquina de hemodiálisis; Unidad de reprocesamiento de dializadores (en caso de optar por reprocesamiento de dializadores); Bienes de Consumo para hemodiálisis de adulto y pediátrico; Accesos vasculares; catéteres temporales, permanente e injertos vasculares tubulares heterólogos; Descripción técnica del sillón clínico
T3	Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas

ANEXOS	
T4	Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada
T5	Calendario para entrega de las pruebas de la calidad del agua de hemodiálisis subrogada
T6	Calendario para entrega mensual de catéteres
T7	Tabla cifras de control de registro nominal hemodiálisis subrogado
T8	Directorio de Unidades Médicas
T9	Formato de Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03)
T9 Bis	Características de operación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada.
T10	Relación de Asistencia de Pacientes en Hemodiálisis Subrogada.
TI.1	Solicitud de pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7.
TI.2	Escrito en formato libre.
TI.3	Acuerdo de Confidencialidad.
TI.4	Designación de Contacto responsable.
TI.5	Designación de Sistema y Empresa Soporte.

Se puntualizan los anexos que se vinculan con la obligatoriedad del licitante adjudicado para prestación del servicio, basado en la LAASSP.

ANEXOS	
T 0	Oferta Técnica
T1	" Requerimiento de sesiones para pacientes en Hemodiálisis Subrogada por Partida"
T2	Especificaciones del equipo médico e insumos para hemodiálisis; Características de la máquina de hemodiálisis; Unidad de reprocesamiento de dializadores (en caso de optar por reprocesamiento de dializadores); Bienes de Consumo para hemodiálisis de adulto y pediátrico; Accesos vasculares; catéteres temporales, permanente e injertos vasculares tubulares heterólogos; Descripción técnica del sillón clínico
T3	Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas
T4	Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada
T5	Calendario para entrega de las pruebas de la calidad del agua de hemodiálisis subrogada

ANEXOS	
T6	Calendario para entrega mensual de catéteres
T7	Tabla cifras de control de registro nominal hemodiálisis subrogado
T9	Formato de Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03)
T9 Bis	Características de operación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada.
T10	Relación de Asistencia de Pacientes en Hemodiálisis Subrogada.
TI.1	Solicitud de pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7.
TI.2	Escrito en formato libre.
TI.3	Acuerdo de Confidencialidad.
TI.4	Designación de Contacto responsable.
TI.5	Designación de Sistema y Empresa Soporte.

Área Técnica
Aspectos Médicos

Dra. Luz Elena Castro Vargas
Coordinador Clínico UMH 80 del HGR 251

Área Técnica
(Aspectos Informáticos)

Mtro. César Daniel Mendoza
Coordinador de Informática

Área Técnica
(Protección Civil)

L.C. Alejandro Sellerio González
Jefe de Oficina de Protección Civil

ANEXO TÉCNICO

Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada

2026

Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada

Anexo Técnico

"En cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 4.24.3 de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (POBALINES), se establece el presente Anexo Técnico, para la contratación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada, de conformidad con lo siguiente":

Descripción del Servicio de Hemodiálisis Subrogada a Contratar

COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CLAVE CUCoP +	CLAVE CUCoP	DESCRIPCIÓN
33901-0010	33900010	SERVICIO MEDICO

El Instituto a fin de atender las necesidades de sus derechohabientes con insuficiencia renal crónica, requiere de la prestación del servicio de hemodiálisis subrogada, mismo que se señala en el Anexo T1 de requerimientos de las unidades médicas, del presente Anexo Técnico y Términos y Condiciones; por lo que el licitante participante deberá dar el debido cumplimiento a todos y cada uno de los requisitos que a continuación se describen:

El Instituto adjudicará el Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada a un solo licitante por partida (Unidad Médica).

El licitante deberá indicar la distancia entre cada unidad médica subrogada ofertada para cada partida y la unidad médica del IMSS correspondiente, de acuerdo al Anexo T0 (T-cero) Oferta Técnica.

Para el caso que el licitante presente oferta para más de una partida, deberá establecer el número de máquinas de hemodiálisis destinadas de forma exclusiva para cada partida, de acuerdo al Anexo T0 (T cero) "Oferta Técnica", a fin de corroborar que cuenta con la cantidad de máquinas necesarias para cubrir el requerimiento de cada partida ofertada.

Serán un total de 5 partidas como se describe a continuación, siendo necesario la elaboración de un contrato por partida:

Partidas	OOAD	Tipo	Número	Localidad
1	Edo. de Méx. Pte.	HGZ	58	Tlalnepantla
2	Edo. de Méx. Pte.	HGZ	194	Naucalpan
3	Edo. de Méx. Pte.	HGR	220	Toluca de Lerdo
4	Edo. de Méx. Pte.	HGR	251	Metepec
5	Edo. de Méx. Pte.	HGZ	252	Atlacomulco

a) La Unidad de Hemodiálisis Subrogada deberá cumplir con los siguientes puntos:

1. Se encuentre certificada por el Consejo de Salubridad General o en proceso de certificación por dicho Consejo, en atención al ACUERDO por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federales, estatales de la Ciudad de México (antes Distrito Federal) y municipales, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.
2. Las Clínicas Subrogadas ofertadas deben ubicarse dentro de un radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica a la que pretenda prestarse el servicio, por lo que deberá presentar mapa de ubicación generada a través de la plataforma electrónica de Google Maps o análoga.
3. El área de tratamiento deberá ser considerada área semirestringida (zona gris).

La unidad de hemodiálisis subrogada deberá contar con servicio de traslado en ambulancia, en términos de la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de Salud Atención Médica Prehospitalaria, debiendo contar con las características mínimas como se indican en la norma antes señalada en su numeral 4.1.4 Ambulancia de urgencias básicas, debiendo presentar como parte de su oferta la Factura de ambulancia misma, que se verificará que cumpla con los requisitos fiscales vigentes y que esté a nombre del licitante participante, para dar el servicio de traslado o en su caso presentar contrato y/o convenio del servicio

correspondiente a nombre del licitante cuya vigencia comprenda como mínimo el término de la prestación del servicio, para los casos que se requieran tales como:

Pacientes graves o que presenten complicaciones (pre, trans y post tratamiento) en el área de la unidad de hemodiálisis subrogada, hasta conseguir la estabilización hemodinámica del paciente para el traslado a la unidad médica de referencia. Para esto deberá presentar un protocolo claro para la atención de pacientes con complicaciones graves derivadas del tratamiento, como la hipotensión severa o las arritmias cardíacas. Este protocolo debe incluir tiempos de respuesta, personal especializado y coordinación inmediata con los servicios del IMSS para minimizar los riesgos y el tiempo de recuperación.

La vigencia del contrato o convenio a de ambulancia deberá comprender como mínimo el término de la prestación del servicio que es al 30 de junio de 2026.

4. Contar con las áreas descritas en el apartado "*Infraestructura, Equipamiento y Suministro*" del presente documento, en apego a la NOM-003-SSA3-2010, "Para la práctica de la hemodiálisis".
5. Central(es) de enfermeras con visibilidad de los pacientes.
6. Área de aislamiento equipada destinada a pacientes con enfermedades infecto-contagiosas como: VIH o Hepatitis B o C.
7. El área para cada estación de hemodiálisis deberá ser de por lo menos 1.5 x 2.0 mts. La cual se calculará con base a los metros cuadrados del área de tratamiento de hemodiálisis (área gris) y el número de máquinas que tenga la unidad subrogada de hemodiálisis.
8. Toma o tanque portátil de oxígeno y aspirador de secreciones (en caso de optar por el uso de tanque portátil de oxígeno y aspirador de secreciones, deberá contar con uno por cada 5 (cinco) máquinas instaladas).
9. Área de lavado, desinfección y esterilización de material de curación y médico-quirúrgico, en caso de no contar con material desechable.
10. Almacén de ropa limpia o de ropa desechable, de guarda de bienes de consumo, área de intendencia, área de conservación y mantenimiento. En el caso de utilizar ropa desechable no será necesario que cuente con almacén de ropa sucia.
11. Deberá cumplir con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección Ambiental-Salud, Ambiental-Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos-Clasificación y Especificaciones de Manejo.
12. Debe contar con cisterna o tinacos para la disponibilidad de agua suficiente de acuerdo con la capacidad instalada de atención para los 365 días del año o durante la vigencia del contrato que permita la operación de la unidad.
13. Cada paciente deberá recibir las sesiones con duración de 3:00 a 4:00 horas por sesión de acuerdo con la prescripción del médico del IMSS.
14. El licitante deberá tener el número de máquinas de hemodiálisis, de acuerdo con las necesidades de cada Unidad Médica, asegurando al menos 936 sesiones anuales por cada máquina, para la atención de cada uno de los pacientes. Apegándose al horario de servicio que será de las 7 a las 21 horas, de lunes a sábado; incluyendo días festivos. Los horarios diferentes se deberán acordar con las autoridades de la OOAD correspondiente y si se requiere incrementar el tiempo de atención para cubrir los requerimientos de las necesidades de las Unidades Médicas del Instituto, se podrá aumentar a más de 4 turnos al día.

El licitante deberá contar con los equipos médicos, y bienes de consumo que se requieren para llevar a cabo los procedimientos (sesiones de hemodiálisis), para cubrir las necesidades de las unidades hospitalarias que se adjudiquen. Por lo que una vez que se conozca al licitante adjudicado deberá coordinar acciones con las unidades médicas asignadas para prestar el servicio en tiempo y forma.

COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

I. La unidad de Hemodiálisis Subrogada deberá ofrecer los siguientes servicios al paciente:

1. A todo paciente al que se le haya determinado la permanencia en el programa de hemodiálisis subrogada se le deberá colocar un acceso vascular permanente. La transición del acceso vascular temporal a un acceso vascular definitivo no deberá ser mayor a los 3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada, siendo éste colocado por el licitante adjudicado del servicio, el cual deberá atender las complicaciones que se presenten. El plazo contará a partir de la fecha de ingreso a la unidad de hemodiálisis subrogada y de acuerdo con el formato de subrogación de servicios 4-30-2/03.

2. El licitante adjudicado prestador del servicio subrogado será responsable de mantener un acceso vascular funcional y sin complicaciones derivadas de la prestación del servicio.

3. Una vez registrado el paciente en la unidad de hemodiálisis subrogada, el licitante adjudicado prestador del servicio deberá mantener los estudios actualizados para cada paciente conforme a lo establecido en el apartado denominado III "La Unidad de hemodiálisis subrogada deberá realizar por cada paciente las siguientes pruebas de laboratorio con la frecuencia que a continuación se especifica", del presente documento. Deberá recibir a los pacientes en caso de hemodiálisis de urgencia, los cuales serán remitidos por el Instituto una vez estabilizados hemodinámicamente, con los estudios de acuerdo con el apartado denominado VI "Responsabilidades del Instituto" a excepción del panel para virus de Hepatitis B, C y VIH, el cual se enviará en un plazo no mayor a 15 días naturales. Se aclara que la atención de los pacientes de urgencia, será en condiciones hemodinámicamente estables; con relación a la atención de pacientes con apoyo ventilatorio, para estos debe existir comunicación entre la Unidad Hospitalaria del Instituto que envía al paciente y la Unidad Subrogada para su atención.

4. A partir de su referencia a la unidad de hemodiálisis subrogada serán responsabilidad del prestador de servicio, el cuidado, el mantenimiento y/o recambio del acceso vascular temporal o definitivo y la atención de las complicaciones que se presenten.

II. En cada procedimiento de Hemodiálisis, en las etapas pre-, trans- y post- Hemodiálisis, se deberá determinar y registrar por cada paciente lo siguiente:

1. Peso, del paciente pre- y post- diálisis, presión arterial pre-, trans- y post- diálisis, temperatura pre- y post- diálisis, frecuencia cardíaca pre-, trans- y post- diálisis, verificar heparinización, tipo de filtros de diálisis, flujo del dializante, flujo sanguíneo, tiempo de diálisis y ultrafiltración, KT/V, signos y síntomas del paciente antes, durante y al finalizar la hemodiálisis. Las mediciones tomadas por la máquina de hemodiálisis deben registrarse en el sistema de información.
2. Exploración física con especial énfasis en el acceso vascular.
3. Eventos relevantes y complicaciones.
4. Medicamentos administrados.
5. Transmitir a la base de datos central del Instituto, al finalizar la sesión de hemodiálisis, los datos registrados en el sistema de información, de acuerdo con la ETIMSS 5640-023-004 vigente, mediante mensajería HL7.

III. La unidad de hemodiálisis subrogada deberá realizar por cada paciente los siguientes estudios de laboratorio con la frecuencia que a continuación se especifica:

1. En forma mensual: urea o nitrógeno ureico, biometría hemática completa, glucosa, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, AST (sólo en caso de pacientes seropositivos para hepatitis B o C).
2. Trimestral: Albúmina, proteínas totales, cinética de hierro (ferritina, transferrina).
3. Cuatrimestral: Determinación de antígeno de superficie (HBs Ag), Anti HCV.
4. Semestral: Colesterol, triglicéridos, VIH.

Los resultados de los estudios de laboratorio deberán ser entregados al Hospital correspondiente dentro de un plazo máximo de **72 horas después de la toma de muestra, con el fin de asegurar el seguimiento médico adecuado y la toma de decisiones oportunas.**

1. En aquellos casos cuando el paciente no cuente con determinación de PTHI dentro de la vigencia del contrato, el proveedor deberá realizar determinación de la misma. Los resultados deberán ser entregados a la Unidad de Atención Médica correspondiente dentro de un plazo máximo de **72 horas** después de la toma de la muestra. En caso de que los valores de PTHI se encuentren fuera de los rangos normales establecidos para pacientes en hemodiálisis, el proveedor deberá notificar inmediatamente a la Unidad de Atención Médica correspondiente.

2. En los casos en que los pacientes presenten signos de **infección de catéter** o **bacteremia**, el proveedor será responsable de derivar a la Unidad de Medicina correspondiente

En caso de contar con laboratorio propio para la realización de estudios a pacientes, el licitante adjudicado deberá presentar copia del aviso de funcionamiento del laboratorio clínico, vigente, este documento se debe presentar en la propuesta técnica del licitante, así como en las visitas de verificación y asentar en la cédula correspondiente.

En caso de No contar con un laboratorio propio el licitante adjudicado deberá presentar copia del contrato del laboratorio clínico que procesará las muestras, debidamente firmado y cuya vigencia deberá ser por lo menos del periodo de prestación del servicio, este documento se debe presentar en la propuesta técnica del licitante, así como en las visitas de verificación y asentar en la cédula correspondiente.

II. La adecuación de la sesión de hemodiálisis se deberá realizar mensualmente en forma individualizada para cada paciente y se deberá cumplir con los siguientes parámetros:

a. Clínicos: sin datos de uremia, control óptimo de la presión arterial, sin datos de retención hídrica y con peso seco en forma individual.

b. Bioquímicos:

i. KT/V monocompartamental igual o mayor de 1.2

ii. URR igual o superior al 65%

III. Criterios especiales a seguir por las unidades subrogadas:

1. En caso necesario de transfusión de componentes sanguíneos, que provoque descompensación aguda, el paciente deberá ser trasladado a la unidad hospitalaria de adscripción correspondiente sin costo adicional para el Instituto.
2. Considerar como pacientes de alto riesgo a aquellos que se encuentran seropositivos con hepatitis B o C y VIH, y a los que, en condiciones de urgencia, no se haya podido determinar su panel viral.
3. Los pacientes que se encuentren con hepatitis B o C o VIH con prueba confirmatoria positivos, deben dializarse en riñón artificial exclusivo para este tipo de pacientes y en área aislada, siguiéndose las técnicas internacionales establecidas.
4. Los pacientes con hepatitis B o C o VIH deben dializarse utilizando en ellos material y equipo exclusivo. En estos pacientes no debe reutilizarse el dializador. Se deberá seguir el procedimiento de técnica de aislamiento aplicando la NOM 010-SSA2-2010 "Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana".
5. El material desechable utilizado en los procedimientos de hemodiálisis, deberá ser exclusivo para cada paciente.
6. El licitante deberá presentar escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
7. Aseo exhaustivo de las áreas al menos una vez por semana, utilizando detergente en todas las superficies como pisos, paredes, puertas y ventanas y/o de acuerdo con cultivos bacteriológicos realizados en el área.
8. Fumigar todas las áreas de la unidad al menos una vez al mes, con plaguicidas o pesticidas y en su caso aplicar soluciones bactericidas.
9. Asear y desinfectar la máquina de hemodiálisis después de cada procedimiento, de igual forma el demás mobiliario que haya sido utilizado, deberá ser aseado y sanitizado al término de cada día de uso.
10. En la detección de casos nuevos de Hepatitis B, C y VIH, por la unidad de hemodiálisis subrogada, ésta deberá dar aviso al director y médico tratante del hospital de referencia, a través de nota médica de la presencia de esta patología.
11. Envío de nota médica mensual a la unidad médica del Instituto de adscripción conforme a la NOM-004-SSA3-2012, "Del expediente clínico" anotando los resultados de los exámenes de laboratorio con la periodicidad referida en el apartado IV "La Unidad de hemodiálisis subrogada deberá realizar por cada paciente las siguientes pruebas de laboratorio con la frecuencia que a continuación se especifica", del presente documento.

IV. Responsabilidades del Instituto:

1. El Instituto a través del servicio de (Medicina Interna o Nefrología), enviará al paciente con solicitud de subrogación (**4-30-2/03**) debidamente acreditada por el director de la unidad y/o subdirector médico y jefe de servicio, con resumen médico, con vigencia actualizada y los estudios complementarios de laboratorio y gabinete siguientes: Biometría hemática completa, pruebas de coagulación, química sanguínea, glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, calcio, fósforo, AST, ALT, proteínas totales, albúmina, panel de hepatitis B y C, VIH y placa de tórax.
2. El Instituto será responsable de extender las recetas de medicamentos, incapacidades, solicitudes de interconsulta, de laboratorio y gabinete en caso necesario para cada paciente incluido en el servicio de hemodiálisis subrogada materia del presente documento.
3. El Instituto, ratificará la continuidad del servicio de cada paciente, a través de la verificación de la vigencia de derechos actualizada cada mes junto con el formato 4/30/2. En este sentido el proveedor de hemodiálisis subrogada deberá garantizar la **continuidad del servicio** a todos los derechohabientes del **IMSS** mientras sus derechos estén vigentes, conforme a las disposiciones de la legislación aplicable y a la **vigencia de derechos** determinada por el instituto.
4. El Instituto dará continuidad a la atención de complicaciones propias de la hemodiálisis de cada paciente, que haya requerido traslado de la unidad de hemodiálisis subrogada a la unidad hospitalaria del Instituto.
5. A través de personal autorizado por el Instituto, realizará visitas de supervisión a la unidad de hemodiálisis subrogada, a efecto de verificar la debida prestación del servicio en forma integral, ininterrumpida a lo descrito en el Anexo T4 (T-cuatro) Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada, del presente documento.
6. Para pacientes seronegativos aplicar vacunación contra hepatitis B con doble dosis al ingresar al programa de hemodiálisis subrogada, en caso de no tenerla y completar su esquema de vacunación.
7. Procedimiento de transfusión en caso necesario y previa valoración médica.
8. En el caso de los accesos vasculares el Instituto será responsable de enviar de manera inicial al paciente a la unidad de hemodiálisis subrogada con un acceso vascular temporal o definitivo funcional.

V. Responsabilidades del licitante adjudicado prestador del servicio subrogado:

1. El licitante adjudicado deberá prestar el servicio subrogado de hemodiálisis con base en la convocatoria, términos y condiciones y conforme a lo señalado en los apartados de este Anexo Técnico, y sus Anexos; Anexos T1 (T uno) Requerimiento de sesiones para pacientes en Hemodiálisis Subrogada por Partida; T2 (T dos) Especificaciones del equipo médico e insumos para hemodiálisis, A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES), C) BIENES DE CONSUMO PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES y E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO, Anexo T3 (T tres) Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas, (y escrito de manifestación que cumple con todos y cada uno de los requisitos señalados en dicho Anexo); T4 (T cuatro) Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada; T5 (T cinco) Calendario para entrega de las pruebas de la calidad del agua de hemodiálisis subrogada; T6 (T seis) Calendario para entrega mensual de catéteres; T7 (T siete) Tabla cifras de control de registro nominal hemodiálisis subrogado; T8 (T ocho) Directorio de unidades médicas; T9 (T nueve) Formato de Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03); T9 Bis (T nueve bis) Características de operación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada; Anexo TI 1 (TI uno) Solicitud de pruebas de funcionalidad y

envio de mensajería HL7; Anexo TI dos (TI dos) Escrito en formato libre; Anexo TI 3 (TI tres) Acuerdo de Confidencialidad; Anexo TI 4 (TI cuatro) Designación de contacto responsable y Anexo TI 5 (TI cinco) Designación de sistema y empresa soporte, los cuales forman parte de este documento.

2. Atender de manera adecuada y oportuna las complicaciones o emergencias propias del procedimiento, (en el pre, trans y post hemodiálisis) utilizando todos los recursos humanos, materiales y equipo que se requieran, hasta conseguir la estabilización hemodinámica del paciente y su traslado a la unidad de adscripción, sin costo adicional para el Instituto. Para esto deberá presentar un protocolo claro para la atención de pacientes con complicaciones graves derivadas del tratamiento, como la hipotensión severa o las arritmias cardíacas. Este protocolo debe incluir tiempos de respuesta, personal especializado y coordinación inmediata con los servicios del IMSS para minimizar los riesgos y el tiempo de recuperación.

   Deberá entender por complicaciones:

   I. Hipotensión arterial severa, cuadro de cardiopatía isquémica aguda, descompensación metabólica aguda, bacteriemia, arritmias cardiacas, enfermedad cerebral vascular en fase de instalación y cualquier otra eventualidad aguda que comprometa la integridad y estabilidad hemodinámica del paciente.

   II. Complicaciones del acceso vascular temporal que se deriven:

      i. De la manipulación del catéter.
      ii. Disfunción inherente del catéter.
      iii. Generadas durante el proceso de hemodiálisis.

   III. Complicaciones del acceso vascular definitivo que se deriven:

      i. De la manipulación o cateterización.
      ii. Disfunción inherente del acceso.
      iii. Generadas durante el proceso de hemodiálisis.

3. Deberá notificar a la unidad médica correspondiente del Instituto por vía telefónica en forma inmediata y por escrito en un plazo máximo de 24 horas siguientes a la presentación del caso de complicaciones, al director o subdirector médico de la unidad correspondiente, para la atención del médico nefrólogo tratante brindado la siguiente información:

   I. Un resumen clínico del caso.

   II. Detalle de la complicación.

   III. Atención que se brindó, y

   IV. Resultados obtenidos, con objeto de dar continuidad al tratamiento.

   La llamada telefónica permitirá el traslado inmediato del paciente estabilizado en ambulancia de la unidad de hemodiálisis subrogada al hospital correspondiente.

4. Deberá enviar al Jefe de Servicio de la unidad hospitalaria institucional correspondiente: resumen mensual, con nota de evolución, eventos relevantes (entre ellos los casos detectados de infecciones de acceso vascular), resultados de laboratorio y gabinete, observaciones de cada uno de los pacientes. Es pertinente que la unidad envíe en cada resumen el historial de accesos vasculares por paciente.

5. Dará las facilidades necesarias para que el personal autorizado y designado por el Instituto pueda hacer las visitas de supervisión referidas en el numeral VI del apartado "*Responsabilidades del Instituto*" del presente documento.
6. La unidad de hemodiálisis subrogada tendrá la facultad de optar por cualquiera de las opciones siguientes: uso de dializadores nuevos por cada sesión de hemodiálisis; o el reusó de dializadores de forma automatizada.
7. Es responsabilidad estricta del licitante asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" desde el punto de vista bacteriológico y químico, conforme a la NOM-003-SSA3-2010 "Para la Práctica de la hemodiálisis" y las recomendaciones de la AAMI consideradas en la norma citada. Es obligatorio para el licitante adjudicado contar con el reporte original de las pruebas realizadas por un laboratorio acreditado, antes del inicio y en operación con la periodicidad bimestral y anual correspondiente.
8. En el caso del reusó de los dializadores, deberá apegarse a las normas del apéndice "B" de la NOM 003-SSA3-2010 "Para la Práctica de la hemodiálisis".
9. Cumplir con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección Ambiental-Salud Ambiental-Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos-Clasificación y Especificaciones de manejo.
10. Presentar copia del contrato de prestación de servicio de laboratorio clínico debidamente firmado cuya vigencia deberá ser por lo menos del periodo de prestación del servicio, estos documentos deben presentarse como parte de su propuesta técnica del licitante, así como en las visitas de verificación, o en caso de contar con laboratorio propio copia de la licencia de funcionamiento del laboratorio clínico vigente y a nombre del licitante, estos documentos deben presentarse como parte de su propuesta técnica y en las visitas.
11. Si va a optar por el reprocesamiento de dializadores deberá ofertar y presentar la documentación correspondiente de la Unidad de reprocesamiento de dializadores conforme a la Clave 531.340.0227 del CNIS del Anexo T 2 (T dos).

VI. Cantidad de sesiones de hemodiálisis requeridas:

La cantidad mínima y máxima de sesiones de hemodiálisis a contratar por localidad se establece en el Anexo T1 (T-uno) del presente documento, para un periodo de contratación a partir del día 16 natural contados a partir del inicio de la vigencia del contrato y hasta el 30 de junio del 2026 de acuerdo a términos y condiciones.

VII. Características de la unidad de hemodiálisis en donde se subrogará el servicio:

Personal

1. Deberá ajustarse a lo descrito en la NOM-003-SSA3-2010 "Para la práctica de hemodiálisis", particularmente a lo descrito en los numerales 5.1 y 5.2. de dicha Norma.
2. El responsable de la unidad de hemodiálisis deberá ser un médico especialista en nefrología, con certificado de especialización vigente, cédula profesional, el horario en que se deberá encontrar en la Unidad de Hemodiálisis Subrogada se acordará con las autoridades del OOAD que le corresponde
3. El personal de enfermería con especialidad en nefrología o personal profesional y técnico con capacitación y adiestramiento en hemodiálisis demostrará documentalmente haber recibido la especialidad en nefrología o en su caso, haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un período mínimo de seis meses impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada. El servicio deberá contar con al menos una enfermera por cada 3 (tres) máquinas de hemodiálisis.
4. El personal de la unidad de hemodiálisis subrogada deberá estar capacitado sobre el manejo de sangre, material y equipos contaminados con virus de Hepatitis B y C y VIH, en las visitas de supervisión por el

Instituto durante la prestación del Servicio, el licitante adjudicado, deberá de mostrar las capacitaciones relacionadas con este rubro (bastará con estar referenciado en el Manual de procedimientos técnicos del servicio de hemodiálisis el manejo de sangre, material y equipos contaminados con virus de Hepatitis B y C y VIH).

5. El licitante adjudicado, deberá realizar vacunación para Hepatitis B a los seronegativos y, determinación de Aspartato aminotransferasa (AST), antígeno de superficie (Hbs Ag) y anti-HVC una vez durante la vigencia del contrato, mostrando comprobante de vacunación en las visitas de supervisión por el Instituto durante la prestación del Servicio.

VIII. Infraestructura, Equipamiento y Suministros

Área Física

La unidad de hemodiálisis subrogada deberá estar conforme a la NOM-003-SSA3-2010 "Para la práctica de hemodiálisis" en su numeral 6.1, 6.4 y derivados, y 6.5.

El procedimiento de hemodiálisis se llevará a cabo en hospitales que tengan licencia sanitaria o en unidades independientes o no ligadas a un hospital que hayan presentado aviso de funcionamiento ante la autoridad sanitaria según corresponda y con las características mínimas siguientes:

1. El área para cada estación de hemodiálisis deberá ser de por lo menos 1.5 x 2.0 mts.
2. Consultorio.
3. Área de recepción de fácil acceso a los pacientes.
4. Central de enfermeras.
5. Almacén.
6. Área de prelavado y de tratamiento de agua.
7. Sanitarios para pacientes, diferenciado para hombres y mujeres.
8. Sanitarios para personal de la unidad.
9. Cuarto séptico.
10. Área administrativa.
11. Sala de procedimientos (En caso de no encontrarse la unidad de hemodiálisis dentro de un hospital). Al menos deberá contar con lo descrito en los estándares de estructura para la autoevaluación de establecimientos de atención médica de hemodiálisis vigentes emitidos por el Consejo de Salubridad General vigentes.
12. Instalaciones y accesorios propios para el manejo de pacientes con capacidades diferentes.
13. Sala de espera.

La unidad de hemodiálisis deberá contar con área física adecuada en cuanto a limpieza, espacio físico, iluminación y temperatura ambiental regulable.

IX. Características del Equipo y de los Bienes de Consumo

1. El licitante deberá ajustarse a lo descrito en la NOM-003-SSA3-2010 "Para la práctica de hemodiálisis".
2. Los bienes de consumo se deberán apegar a lo descrito en el Anexo T2 (T dos).
3. Las máquinas de hemodiálisis deberán apegarse al Compendio Nacional de Insumos para la Salud, clave 531.340.0169 y a la Clave 531.340.0227, en caso de optar por reprocesamiento de los dializadores.

4. La unidad de hemodiálisis deberá contar con máquinas exclusivas y en área aislada para pacientes con seropositividad a hepatitis B, C y VIH.
5. Las máquinas utilizadas para las sesiones de hemodiálisis deberán estar en óptimas condiciones de mantenimiento y funcionamiento y haber sido ensambladas de manera integral en el país de origen.
6. No deberán contener leyendas "Only Export" ni "Only Investigation", ser modelos descontinuados o de uso no autorizado en el país de origen, contar con alertas médicas tipo I y II que sean reconocidas por organismos internacionales y por los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años. En el caso de que los equipos hayan presentado alerta médica el licitante debe contar con el alta o resolución de esta.

   Cuando se trate de un procedimiento de Licitación Pública Electrónica de Carácter Internacional bajo Cobertura de tratados, las personas físicas deben acreditar ser de nacionalidad mexicana o de alguno de los países con los que México tiene un tratado de libre comercio con capítulo de compras gubernamentales y en el caso de personas morales, deberán acreditar su existencia legal con las escrituras públicas correspondientes, esto es acreditar que fueron constituidas conforma a las leyes mexicanas o a las leyes de alguno de los países con los que México tiene celebrado un tratado de libre comercio con capítulo de compras gubernamentales.

7. Dializador de fibra hueca de membrana sintética o semisintética, biocompatibles, específicos para pacientes adultos o pediátricos según corresponda.
8. Ácido y bicarbonato en concentraciones de acuerdo con los equipos de hemodiálisis propuestos para la prestación del servicio.
9. Línea arteriovenosa.
10. Agujas fístula para punción de acceso venoso y arterial.
11. Catéter temporal o permanente o injerto vascular heterólogo.
12. Material estéril necesario para conexión y desconexión de fístula o catéter.

Para corroborar el cumplimiento de dichas características, deberá presentar folletos, catálogos, instructivos y, en su caso, fotografías de los equipos necesarios en idioma español y debidamente referenciado.

Deberá entregar los manuales de operación de la(s) máquina(s) de hemodiálisis que corresponda al mismo modelo con que se prestará el servicio.

X. Requisitos del Agua a utilizar en Hemodiálisis

Deberá apegarse a lo descrito en el punto 6.4.9.2 y el Apéndice Normativo "A" de la NOM-003-SSA3-2010 "Para la práctica de hemodiálisis", así como lo previsto en el presente documento.

Es responsabilidad del licitante adjudicado, asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" desde el punto de vista bacteriológico y químico, conforme a la NOM-003-SSA3-2010 "Para la Práctica de la hemodiálisis" y las recomendaciones de la AMMI consideradas en la norma citada y siendo obligatorio contar con el reporte original de los resultados de las pruebas realizadas por un laboratorio acreditado, antes del inicio de la prestación del servicio y en operación con la periodicidad bimestral para el análisis de contaminantes biológicos que deberán realizarse a la planta de tratamiento de agua, así como máquinas de hemodiálisis y al menos una vez al año para contaminantes químicos.

Los exámenes deberán realizarse por laboratorios acreditados por la Entidad Mexicana de Acreditación (EMA).

Bimestralmente para las pruebas biológicas se tomarán 3 muestras obtenidas de la planta de tratamiento de agua en los siguientes sitios: una de ósmosis, una del reservorio y una de la máquina de hemodiálisis que esté ubicada al final

de la red de suministro de agua tratada. En caso de que la unidad de hemodiálisis no cuente con reservorio se tomará de la válvula de retorno y de una máquina de hemodiálisis ubicada en un plano intermedio de la red de suministro.

Deberá existir un sistema de tratamiento de agua con ósmosis inversa y filtros para suavizarla, que garanticen estándares internacionales de calidad, para lo cual deberá contar con el manual de operación en idioma español de dicho sistema (planta de tratamiento de agua).

La presión, flujo y temperatura deberán ser adecuados y específicos para cada sistema de hemodiálisis.

El administrador del contrato determinará y notificará al prestador del servicio, las fechas en que el prestador de servicio deberá entregar copia simple de los reportes originales de los resultados de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del agua, presentando los originales de dichos reportes para cotejo, con la periodicidad bimestral para el análisis de biológicos y al menos una vez al año para los estudios químicos, así como, validar que los resultados se encuentren dentro de los parámetros estipulados en la NOM 003-SSA3-2010 de los estudios mencionados, mediante el Anexo T 5 (T-cinco) CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIALISIS SUBROGADA.

XI. ***Verificación física o visitas de supervisión***

Durante la prestación del servicio, la unidad de hemodiálisis subrogada estará sujeta a una verificación visual y documental mediante las visitas de supervisión semestrales **o las que determine el Instituto necesarias**, que realizarán por personal designado de nivel normativo, OOAD, con apego a lo descrito en el Anexo T4 (T-cuatro) Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada del presente documento, con el objeto de verificar el cumplimiento de las condiciones requeridas y de la NOM-003-SSA3- 2010 "Para la práctica de hemodiálisis". Cabe resaltar que mientras no se cumpla con las condiciones de la prestación del servicio establecidas en este documento, el Instituto no dará por aceptado el servicio y se aplicarán las penas convencionales o deducciones correspondientes, el jefe de servicios de prestaciones médicas en la OOAD será los encargados de notificar por escrito al administrador del contrato en caso de incumplimiento de las especificaciones técnico médicas solicitadas en el presente documento.

Para el caso en el que las Unidades Subrogadas se encuentren certificadas por el Consejo de Salubridad General, las visitas de supervisión se realizarán cada 5 meses, en el caso de que la Unidad Subrogada se encuentre en proceso de Certificación, las visitas se realizarán cada 2 meses **o durante el tiempo que el instituto lo determine**.

XII. Constancias con las que deberá contar el licitante:

1. Registros Sanitarios de los equipos y de los bienes de consumo requeridos para la prestación del servicio, a excepción de aquellos que no requieran Registro Sanitario, de acuerdo con la COFEPRIS, conforme a lo establecido en el artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de 5 años), en el que se deberá identificar:

   i. Número de registro, prórroga o modificación.
   ii. Titular del registro.
   iii. Nombre y domicilio del fabricante.
   iv. Indicaciones de uso y/o descripción.
   v. Modelo(s).
   vi. Fecha de emisión y de vencimiento.
   vii. Nombre, firma autógrafa y cargo del servidor público que la emite.

   En caso de que el Registro Sanitario no se encuentre dentro del periodo de vigencia de 5 años, conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, el licitante deberá presentar:

   i. Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.

ii. Copia simple del "Comprobante de Trámite de Prórroga" en el que se acredite el trámite de prórroga del registro sanitario o, en su caso, copia simple de la "Constancia de Prórroga" emitida por la COFEPRIS del Registro Sanitario sometido a prórroga.

De no cumplirse estos requisitos con las condiciones establecidas será causal de desechamiento de la propuesta, toda vez que se afectaría la solvencia de la propuesta.

En caso de que los bienes ofertados no requieran de Registro Sanitario, deberá anexar constancia oficial, expedida por COFEPRIS, con firma y cargo del servidor público que la emite, que lo exima del mismo o el "Listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del registro sanitario, y de aquellos productos que por su naturaleza, características propias y uso no se consideran como insumos para la salud y por ende no requieren registro sanitario", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre del 2014, en el que identifique aquellos que oferte.

2. Para cualquiera de los casos indicados, la documentación que acredite lo solicitado, deberá ser completa y, en caso de estar en idioma diferente al español deberá presentar la traducción simple al español, en el entendido de que la traducción podrá contener únicamente las páginas, secciones y/o párrafos que soporten sus proposiciones. Asimismo, la documentación presentada, deberá estar vigentes al Acto de Presentación y Apertura de Proposiciones.

3. Licencia Sanitaria y/o Aviso de Funcionamiento y de responsable Sanitario ante la COFEPRIS vigente y a nombre del licitante actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada.

4. Certificados de calidad vigentes en su idioma original, de los equipos y bienes de consumo que se utilizarán para la prestación del servicio, expedidos por los organismos de control y/o autoridades sanitarias del país de origen, si el idioma es distinto al español, deberá presentar su traducción simple.

5. Copia del certificado de buenas prácticas de manufactura, en el idioma del país de origen de los equipos y bienes de consumo ofertados, acompañado de su traducción al español y expedido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen o copia simple del certificado FDA o Comunidad Económica Europea vigente de los equipos y bienes de consumo ofertados vigentes o copia del Certificado de calidad (ISO 9001 vigente o ISO 13485:2016).

6. Documento emitido por el Secretario del Consejo de Salubridad General, en el cual se señala que el establecimiento privado de atención médica hospitalaria con el que se ofrece el servicio al Instituto cuenta con certificación vigente o se encuentra en proceso de certificación, en atención al Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.

7. Durante la vigencia de la prestación del servicio del contrato, el Administrador del Contrato verificará en la página de internet del Consejo de Salubridad General (http://www.csg.gob.mx/), que las clínicas en donde se presten los servicios se permanezca vigente la Certificación de Establecimientos de Atención Médica de Hemodiálisis, ya que en caso contrario deberá dar una fecha no mayor a un mes para la entrega de la certificación correspondiente actual a ese momento y vigente.

8. Certificado de libre venta vigente emitido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen, en el que se señale que los equipos y bienes de consumo necesarios para la prestación del servicio

pueden ser usados sin restricción de uso en el país de origen, Si el certificado está en idioma distinto al español, deberá presentar su traducción simple al español.

9. Escrito del licitante manifestando que cumple con los requisitos señalados en el Anexo T3 (T tres), Cédula de verificación de las Instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas, a cargo del personal designado por OOAD de Conformidad con lo establecido en la Convocatoria, y en el Inciso g) numeral 5 "VISITAS A LAS INSTALACIONES DE LOS LICITANTES" del apartado de Términos y Condiciones.

b) Sistema de Información y Mensajería HL7 del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada.

1. Evaluación del Sistema de Información

Requisitos previos para la evaluación del Sistema de Información:

El(los) Licitante(s) deberá(n)entregar dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores a la fecha de emisión y notificación del fallo en las Oficinas del Administrador de Contrato en copia física y por medio electrónico a la CDI (cesar.mendozamo@imss.gob.mx) la siguiente documentación:

i. Firma de Acuerdo de Confidencialidad, Anexo TI 3 (TI tres) "Acuerdo de Confidencialidad".

El(los)) Licitante(s) Adjudicado (s) se compromete(n) con el Instituto a firmar un acuerdo de confidencialidad por partida, Anexo TI 3 (TI tres) "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 la prestación del servicio para un fin distinto al establecido en su objeto y en el presente documento, sujetándose a las responsabilidades económicas, penales y de cualquier otra índole a instancia del Instituto, que deriven del incumplimiento de este acuerdo.

ii. Designación de contacto responsable, Anexo TI.4 (Anexo TI CUATRO) "Designación de Contacto Responsable".

El(los) Licitante(s) Adjudicado (s) deberá(n) notificar por escrito al administrador de contrato, Anexo TI. 4 (Anexo TI CUATRO) "Designación de Contacto Responsable", los datos de contacto de la persona responsable de establecer comunicación con el Instituto para todo lo referente al Sistema de Información, la cual debe mantener una relación laboral con la empresa interesada en prestar el servicio médico. Toda comunicación entre el Instituto y el(los) Licitante(s) Adjudicado (s) será única y exclusivamente mediante el personal designado, por lo que el Instituto se reserva el derecho de atender toda solicitud proveniente de proveedores o personas distintas a las designadas. Es obligación del(los) Licitante (s) Adjudicado(s) mantener actualizados los contactos que designe e informar sobre dichos cambios al administrador de contrato.

iii. Designación de sistema y empresa soporte, Anexo TI.5 (Anexo TI CINCO) "Designación de Sistema y Empresa Soporte".

El(los) Licitante(s) Adjudicado (s) deberá(n) notificar por escrito al Administrador del Contrato y con copia al Titular de la Coordinación Técnica de Servicios Médicos Indirectos (CSTMI) el Anexo TI 5 (TI cinco) "Designación de Sistema y Empresa Soporte", el(los) Sistema(s) de Información que propone(n) implantar en los establecimientos subrogados que componen las partidas adjudicadas de acuerdo con lo especificado en su propuesta técnica.

iv. Solicitud de Pruebas de Funcionalidad y Envío de Mensajería HL7, Anexo TI 1 (TI Uno) "Solicitud de pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7".

El(los) Licitante(s) Adjudicado (s) deberá(n) solicitar por escrito, Anexo TI 1 (TI uno) "Solicitud de pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7", una cita de pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7 para su Sistema de Información.

La solicitud de pruebas de funcionalidad deberá dirigirse al Administrador del Contrato con copia al Mtro. César Daniel Mendoza Morales, Coordinador Delegacional de Informática vía correo electrónico a la siguiente dirección: cesar.mendozamo@imss.gob.mx dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores a la emisión y notificación del fallo, para lo cual se contestará por correo electrónico la confirmación de la cita con la fecha y hora para la prueba de funcionalidad respectiva, misma que será realizada por el personal de la Coordinación Delegacional de Informática (CDI) con apoyo de Nivel Central para la validación de la mensajería HL 7.

Todos los documentos relativos a los incisos: i. Firma de Acuerdo de Confidencialidad, ii. Designación de contacto responsable con sus datos, iii. Designación de sistema y empresa soporte y iv. Solicitud de Pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7, deberán entregarse mediante un escrito libre en hoja membretada de la empresa adjudicada, debidamente firmada por su representante legal con facultades de administración o de dominio, en las instalaciones del Administrador del Contrato, en días y horas hábiles.

2. *Pruebas de evaluación del Sistema de Información*

La evaluación del sistema de información consta de dos fases:

i. Evaluación en oficina: Serán realizadas en la CDI, para la evaluación del Sistema de Información del(los) Licitante(s), apegado a lo establecido en la ETIMSS 5640-023-004 vigente y para revisión del envío de mensajería HL7 del Sistema de Información del(los) Licitante(s) hacia la base de datos central del instituto. En caso de cumplir en su totalidad con las pruebas en oficina, se notificará al Administrador del Contrato para continuar con las pruebas funcionales en sitio.

ii. Evaluación en sitio: Serán realizadas por parte de la CDI en OOAD y el jefe o encargado de Nefrología o Medicina Interna, se realizará la evaluación de la funcionalidad y del envío de mensajería HL7 del Sistema de Información del(los) Licitante (s), apegada a lo establecido en la ETIMSS 5640-023-004 vigente y la cual, deberá realizarse en alguna de las unidades médicas subrogadas previo acuerdo con el Administrador del Contrato.

Las pruebas funcionales en oficina y sitio considerarán, una prueba, respectivamente de los esquemas de reenvió de la mensajería HL7, considerando todos los escenarios de falla y relativos a la infraestructura del(los) Licitante(s), esto para tener claros los parámetros y protocolos de actuación. Esta prueba será evaluada por el área que el Instituto determine en acompañamiento de la CDI y Nivel Central.

El(los) Licitante(s) de cada partida deberá(n) cubrir en su totalidad los puntos mencionados en la ETIMSS 5640-023-004 vigente durante las pruebas funcionales y de envío de mensajería HL7, en oficina y en sitio, en un plazo no mayor de los 15 días hábiles contados a partir de la emisión y notificación del fallo, previo a la instalación del Sistema de Información en las partidas adjudicadas.

Para las pruebas funcionales se permitirá como máximo tres intentos para acreditar las pruebas funcionales en oficina y dos intentos para las pruebas en sitio para aprobar en su totalidad con los puntos mencionados en la ETIMSS 5640-023-004 vigente; dentro del plazo establecido, de 15 días hábiles contados a partir de la emisión y notificación del fallo.

Una vez agotado el plazo de los 15 días hábiles, la Coordinación de Informática Delegacional (CDI), deberá notificar al Administrador del Contrato sobre el cumplimiento o incumplimiento de este requisito.

Una vez concluidas las pruebas funcionales (en oficina y en sitio), la CDI, emitirá, al(los) Licitante (s), un documento en el cual se acredite el cumplimiento del proceso para la instalación del Sistema de Información en todas las partidas adjudicadas, respecto a lo establecido en la ETIMSS 5640-023-004 vigente (documento denominado: Comprobante de Cumplimiento de la Especificación Técnica).

Una vez concluido el periodo establecido para la realización de las pruebas de funcionalidad y puesta en punto del sistema de información, la CDI no recibirá más solicitudes.

3. Instalación y Puesta a Punto del Sistema de Información.

i. El(los) Licitante (s) deberá(n) llevar a cabo la instalación y puesta en operación del Sistema de Información que acreditó las pruebas funcionales señaladas en el punto anterior, para otorgar el Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada, conforme a las características y plazos establecidos.

ii. El(los) Licitante (s) deberá(n) acordar y entregar al Administrador del Contrato con copia a la CDI al correo cesar.mendozamo@imss.gob.mx el Calendario de Despliegue respecto de la instalación del sistema de información en las partidas adjudicadas, en un plazo no mayor a 2 (dos) días hábiles posteriores a la acreditación de las pruebas en sitio.

iii. El(los) Licitante (s) deberá(n) coordinar acciones con la Coordinación Delegacional de Informática (CDI) o quien éstas determinen, para realizar las gestiones técnicas implicadas en el despliegue del Sistema de Información.

iv. El(los) Licitante (s) deberá(n) llevar a cabo la instalación y puesta en operación de los programas de cómputo asociados, equipos de cómputo, UPS y periféricos necesarios para el control del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada y otorgar apoyo técnico necesario con personal capacitado, dentro de los plazos establecidos en los niveles de servicios los cuales se encuentran establecidos en los Términos y Condiciones.

v. El Administrador del Contrato y el CDI; validarán que la versión del sistema de información a instalar en todos los establecimientos subrogados adjudicados sea la previamente evaluada y aprobada por el CDI en OOAD, en las pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7 realizadas conforme a la ETIMSS 5640-023-004 vigente.

vi. El(los) licitante(s) Adjudicado(s) deberá(n) instalar el sistema de información que acreditó en sitio conforme a la ETIMSS 5640-023-004 vigente a entera satisfacción del Instituto, dentro del plazo de los 15 días hábiles posteriores al fallo, en todos y cada uno de los establecimientos subrogados adjudicados.

vii. El Instituto, se reserva el derecho de poder revisar en cualquiera de los establecimientos subrogados en donde el(los) licitante(s) Adjudicado(s) otorga(n) el servicio, que la versión instalada del Sistema de Información sea la descrita en el documento Comprobante de Cumplimiento de la Especificación Técnica, teniendo en cuenta que el incumplimiento por parte del(los) licitante(S) Adjudicado(s) activará los supuestos de penas convencionales y/o deducciones establecidas.

viii. El Instituto a través del Administrador del Contrato o quien éste determine, podrá evaluar, en cualquiera de los establecimientos subrogados en donde el(los) licitante(s) Adjudicado(s) otorga(n) el servicio, desviaciones en la operación derivadas del funcionamiento del Sistema de Información, de manera que el Área Requirente o Administrador del Contrato, solicite a la CDI la revisión correspondiente.

ix. Ante cualquier cambio sobre la versión del Sistema de Información descrita en el documento Comprobante de Cumplimiento de la Especificación Técnica, el(los) licitante(s) Adjudicado(s) deberá(n) someter a evaluación la nueva versión del Sistema y en caso necesario rehacer la batería de pruebas iniciales para garantizar el correcto funcionamiento.

x. En caso de que el Instituto realice alguna modificación en la ETIMSS vigente, deberá notificarlo a través del Administrador del Contrato al licitante adjudicado y este último deberá realizar los cambios en el(los) sistema(s) informático(s) necesarios para garantizar la continuidad del servicio, los cuales estarán sujetos a la aprobación del Instituto a través del Administrador del Contrato y la CDI; en los mismos términos planteados para la puesta a punto y pruebas para la evaluación del sistema de información, lo anterior mencionado sin costo adicional para el instituto.

4. Registro de Información del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada

La mensajería HL7 descrita en la ETIMSS 5640-023-004 vigente, deberá ser enviada de manera exitosa (con respuesta exitosa por parte de los servicios web del Instituto) a la base de datos central del Instituto dentro de las 24 horas siguientes a la fecha del evento de otorgamiento del servicio médico subrogado en las partidas adjudicadas.

5. Capacitación del Sistema de Información.

i. El(los) Licitante(s) que resulte(n) adjudicado(s) elaborará(n) y presentará(n) al Administrador del Contrato un proyecto de Programa de Capacitación del Sistema de Información, el cual tendrá los contenidos temáticos y la duración, considerando todos los turnos de trabajo del Jefe de Servicio de Nefrología o Medicina Interna o a quién el Instituto determine para éste fin con lista de asistencia.

ii. El(los) Licitante(s) que resulte(n) adjudicado(s) proporcionará(n) capacitación al personal de la Unidad Médica o al que el Instituto designe, de acuerdo con el perfil de los usuarios; entregarán una copia del manual de usuario impreso o electrónico en idioma español con acuse de recibo en formato libre a cada Licitante, llevará listas de asistencia, evaluaciones y firma de conformidad por parte del usuario, al término de la capacitación extenderá constancia de esta.

iii. El(los) Licitante(s) que resulte(n) adjudicado(s) se comprometerá(n) a mantener capacitado permanentemente al personal que así lo requiera la Unidad Médica del Instituto durante la vigencia de la prestación del servicio, sin costo adicional para el Instituto, todo ello a conformidad del Jefe o Responsable de Nefrología o Medicina Interna. Las capacitaciones que se soliciten como subsecuentes, deberán iniciarse a más tardar 7 (siete) días hábiles después de haberse solicitado al(los) Licitante(s) Adjudicado(s).

iv. El(los) Licitante(s) que resulte(n) adjudicado(s) entregará(n) la evidencia (Constancia y lista de asistencia) que acredite el cumplimiento del Programa de Capacitación al Administrador del Contrato, dentro del periodo de 15 (quince) días hábiles posteriores a la emisión y notificación del fallo.

6. Generales

El licitante adjudicado deberá proporcionar un acceso al Sistema de Información vía web a la CPSMA/CTSMI y a los Jefes de Servicio en cada Unidad Médica del Instituto o a los usuarios que el Instituto designe para consulta de información correspondiente a los servicios otorgados de acuerdo con el perfil establecido en la ETIMSS 5640-023-004 vigente, a más tardar el día 5 (cinco) posterior a la emisión y notificación del fallo.

La ETIMSS 5640-023-004 vigente se encuentra publicada en el Portal de compras del Instituto en la sección de Información para proveedores en la página de internet http://compras.imss.gob.mx/?P=provinfo, para consulta por parte de los licitantes.

Como elemento adicional, el Sistema de Información del licitante adjudicado deberá permitir al Jefe de Servicio de la Unidad Médica del Instituto, el generar un reporte filtrado por unidad, por periodo, por contrato, con el desglose

de las sesiones otorgadas, presentando el listado nominal de los derechohabientes que recibieron el servicio, como mínimo por nombre, Número de Seguridad Social y agregado médico.

Todas las gestiones relacionadas con el Sistema de Información y envio de mensajería HL7, se realizarán en las oficinas del Administrador del Contrato o donde el Instituto designe.

El licitante adjudicado será responsable de proveer la conexión de internet en la unidad médica subrogada para el envío de información al Instituto, de acuerdo con los estándares de seguridad establecidos en la ETIMSS 5640-023-004 vigente.

En atención al numeral 7.2.16 de la **Norma que Establece las Disposiciones Generales para la Planeación, Obtención y el Control de los Servicios Subrogados de Atención Médica** los administradores de los contratos, titular del OOAD, Jefes de Servicios de Prestaciones Médicas, Directores o a quien éstos designen según corresponda deberán registrar el consumo de los servicios en los sistemas institucionales que el Instituto designe; así mismo deberán informar trimestralmente a la CTSMI los resultados de la aplicación de los mecanismos de control y supervisión de la calidad implementados de los servicios subrogados contratados.

c) Modificación de la especificación técnica de algún bien que no se encuentre regulado por el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

NO APLICA

d) Modificación de las especificaciones técnicas de un bien respecto de las estipuladas en el ejercicio anterior y que, derivado de la investigación de mercado, el área contratante advierta que existen circunstancias que puedan limitar la libre participación, concurrencia y competencia económica.

NO APLICA

e) Normas oficiales mexicanas, normas internacionales normas de referencia o especificaciones cuyo cumplimiento se exige a los licitantes, licencias, autorizaciones y permisos.

i. **Norma Oficial Mexicana NOM 003-SSA3-2010**, Para la práctica de la hemodiálisis, fecha de publicación en el DOF 8/6/2010.

ii. **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012,** Del expediente clínico, que establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, de fecha de publicación en el DOF 15/10/2012.

iii. **Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012**, Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud, Fecha de Publicación en el DOF 30/11/2012.

iv. **NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. Fecha de Publicación en el DOF 1 /11/ 2001.

v. **Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010,** para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Fecha de Publicación en el DOF. 10/11/2010.

vi. **Norma Oficial mexicana NOM-001-SEDE-2012,** Instalaciones Eléctricas. Fecha de Publicación en el DOF 29/11/2012.

vii. **Norma Oficial mexicana NOM-002-STPS-2010,** Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo. Fecha de Publicación en el DOF 12 /11/ 2010.

viii. **Norma Oficial mexicana NOM-001-STPS-2008,** edificios, locales, instalaciones y áreas en los centros de trabajo-condiciones de seguridad. Fecha de Publicación en el DOF 2/10/ 2008.

ix. **Norma Oficial mexicana NOM-025-STPS-2008,** Condiciones de iluminación en los centros de trabajo. Fecha de Publicación en el DOF 12/12/ 2008.

x. **Norma Oficial mexicana NOM-026-STPS-2008,** colores y señales de seguridad e higiene, e identificación de riesgos por fluidos conducidos en tuberías. Fecha de Publicación en el DOF 2 /10/ 2008.

xi. **Norma Oficial mexicana NOM-029-STPS-2011,** mantenimiento de las instalaciones eléctricas en los centros de trabajo-condiciones de seguridad. Fecha de Publicación en el DOF 29/12/2011.

xii. **Norma Oficial mexicana NOM-003-SEGOB-2011,** señales y avisos para protección civil, colores, formas y símbolos a utilizar. Fecha de Publicación en el DOF 23/12/2011.

xiii. **NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013,** Regulación de los servicios de salud. Atención médica pre hospitalaria, Fecha de Publicación en el DOF: 23/09/2014.

xiv. **Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015,** Personas con discapacidad. - Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre. Fecha de Publicación en el DOF 12/08/2016.

xv. **Norma Oficial mexicana NOM-223-SSA1-2003:** Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, transito, uso, y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención medica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. Fecha de Publicación en el DOF 16/12/2003.

xvi. **2000-001-006** Norma que Establece las Disposiciones Generales para la Planeación, Obtención y el Control de los Servicios Subrogados de Atención Médica.

Se solicita que la Unidad de Hemodiálisis Subrogada ofertada por el licitante se encuentre Certificada o en Proceso de Certificación como se establece en el inciso a), numeral 1, del presente documento.

PROPUESTA TÉCNICA	
Aspectos Técnico-Médicos	La evaluación técnico médica se realizará por el personal operativo designado por la OOAD.
Aspectos de Protección Civil	La evaluación se realizará por el Jefe del Departamento de Conservación y Servicios Generales de la OOAD.
Aspectos de Informática	La evaluación en el momento que corresponda se realizará por el Coordinador de Informática Delegacional.

Área Técnica
Aspectos Médicos

Dra. Luz Elena Castro Vargas
Coordinador Clínico UMH 80 del HGR 251

Área Técnica
(Aspectos Informáticos)

Mtro. César Daniel Mendoza
Coordinador de Informática

Área Técnica
(Protección Civil)

L.C. Alejandro Salleiro González
Jefe de Oficinas de Protección Civil

ANEXO 2 (Dos)

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO
CON VALIDACIÓN PRESUPUESTAL EN EL MÓDULO DE CONTROL DE COMPROMISOS

SOLICITUD: 0000031606 - 2026

Dependencia Solicitante:	D0016	Delegación Edo. Mex. Poniente
	SEI	Servicios Integrales
	16016016	Oficina del OOAD EDO MEX PTE

Descripción:

Servicio: Hemodiálisis Extramuros

Fecha impresión: 20/10/2025 Fecha Validación: 20/10/2025

	Importe	Cuenta	Partida presupuestaria
Total Comprometido (en pesos):	$ 918,918,000.00	51331002	3390102 3390102

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
$18,918,0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Este documento de respaldo presupuestario se emite con base en la revisión efectuada en el Módulo de Control de Compromisos del Sistema Financiero PREI-Millenium, por lo que el monto señalado se encuentra comprometido para dar inicio a las gestiones de adquisición de bienes y servicios previo cumplimiento del marco normativo vigente, siendo responsabilidad del área solicitante el destino y aplicación de los recursos, lo anterior con fundamento en los artículos 35 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, 25 y 45 fracción III de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 24 y 46 fracción III de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, 8°, 144 y 146 del Reglamento Interior del IMSS y el numeral 7.2.10 de la Norma Presupuestaria del IMSS.

CERTIFICADO PREVIO

CONTRATO PREI _____
CONTRATO IMSS _____

IMPORTE : $ 918,918,000.00
NOVECIENTOS DIECIOCHO MILLONES NOVECIENTOS DIECIOCHO MIL PESOS 00/100 MN

MTRA. VANESSA GABRIELA ORTEGA PINEDA
Autoriza
TITULAR DE LA COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ANEXO 3 (Tres)

ANEXO 2 MODELO DE LA PÓLIZA DE FIANZA PARA GARANTIZAR, ANTE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE: ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, SERVICIOS, OBRA PÚBLICA O SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA. (ENTIDADES)

(Afianzadora o Aseguradora)

Denominación social: _____, en lo sucesivo (la "Afianzadora" o la ["Aseguradora")

Domicilio: _____.

Autorización del Gobierno Federal para operar: _____ (Número de oficio y fecha)

Beneficiaria:

(Instituto Nacional de Ecología y Cambio Climático), en lo sucesivo "la Beneficiaria".

Domicilio: Boulevard Adolfo Ruiz Cortines, Col. Jardines en la Montaña, Demarcación Territorial Tlalpan, C.P 14210, Ciudad de México.

El medio electrónico, por el cual se pueda enviar la fianza a "la Contratante" y a "la Beneficiaria": _____.

Fiado (s): (En caso de proposición conjunta, el nombre y datos de cada uno de ellos)

Nombre o denominación social: _____.

RFC: _____.

Domicilio: _____. (El mismo que aparezca en el contrato principal)

Datos de la póliza:

Número: _____. (Número asignado por la "Afianzadora" o la "Aseguradora")

Monto Afianzado: _____. (Con letra y número, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado).

Moneda: _____.

Fecha de expedición: _____.

Obligación garantizada: El cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el contrato en los términos de la Cláusula PRIMERA de la presente póliza de fianza.

Naturaleza de las Obligaciones: ____ (Divisible o Indivisible, de conformidad con lo estipulado en el contrato).

Si es Divisible aplicará el siguiente texto: La obligación garantizada será divisible, por lo que, en caso de presentarse algún incumplimiento, se hará efectiva solo en la proporción correspondiente al incumplimiento de la obligación principal.

Si es Indivisible aplicará el siguiente texto: La obligación garantizada será indivisible y en caso de presentarse algún incumplimiento se hará efectiva por el monto total de las obligaciones garantizadas.

Datos del contrato o pedido, en lo sucesivo el "Contrato":

Número asignado por "la Contratante": _____,

Objeto: _____.

Monto del Contrato: (Con número y letra, sin el Impuesto al Valor Agregado)

Moneda: _____.

Fecha de suscripción: _____.

Tipo: (Adquisiciones, Arrendamientos, Servicios, Obra Pública o servicios relacionados con la misma).

Obligación contractual para la garantía de cumplimiento: (Divisible o Indivisible, de conformidad con lo estipulado en el contrato)

Procedimiento al que se sujetará la presente póliza de fianza para hacerla efectiva: El previsto en el artículo 279 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Competencia y Jurisdicción: Para todo lo relacionado con la presente póliza, el fiado, el fiador y cualesquier otro obligado, así como "la Beneficiaria", se someterán a la jurisdicción y competencia de los tribunales federales de _____ (precisar el lugar), renunciando al fuero que pudiera corresponderle en razón de su domicilio o por cualquier otra causa.

La presente fianza se expide de conformidad con lo dispuesto por los artículos 69, fracción II y último párrafo, y artículo 70, fracción III, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 103 de su Reglamento.

Validación de la fianza en el portal de internet, dirección electrónica www.amig.org.mx

(Nombre del representante de la Afianzadora o Aseguradora)

CLÁUSULAS GENERALES A QUE SE SUJETARÁ LA PRESENTE PÓLIZA DE FIANZA PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, SERVICIO, OBRA PÚBLICA O SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA.

PRIMERA. - OBLIGACIÓN GARANTIZADA.

Esta póliza de fianza garantiza el cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el "Contrato" a que se refiere esta póliza y en sus convenios modificatorios que se hayan realizado o a los anexos del mismo, cuando no rebasen el porcentaje de ampliación indicado en la cláusula siguiente, aún y cuando parte de las obligaciones se subcontraten.

SEGUNDA. - MONTO AFIANZADO.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora"), se compromete a pagar a la Beneficiaria, hasta el monto de esta póliza, que es (con número y letra sin incluir el Impuesto al Valor Agregado) que representa el % (señalar el porcentaje con letra) del valor del "Contrato".

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") reconoce que el monto garantizado por la fianza de cumplimiento se puede modificar en el caso de que se formalice uno o varios convenios modificatorios de ampliación del monto del "Contrato" indicado en la carátula de esta póliza, siempre y cuando no se rebase el ___% de dicho monto. Previa notificación del fiado y cumplimiento de los requisitos legales, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") emitirá el documento modificatorio correspondiente o endoso para el solo efecto de hacer constar la referida ampliación, sin que se entienda que la obligación sea novada.

En el supuesto de que el porcentaje de aumento al "Contrato" en monto fuera superior a los indicados, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") se reserva el derecho de emitir los endosos subsecuentes, por la diferencia entre ambos montos sin embargo, previa solicitud del fiado, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") podrá garantizar dicha diferencia y emitirá el documento modificatorio correspondiente.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") acepta expresamente que en caso de requerimiento, se compromete a pagar el monto total afianzado, siempre y cuando en el Contrato se haya estipulado que la obligación garantizada es indivisible; de estipularse que es divisible, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") pagará de forma proporcional el monto de la o las obligaciones incumplidas.

TERCERA. - INDEMNIZACIÓN POR MORA.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora"), se obliga a pagar la indemnización por mora que en su caso proceda de conformidad con el artículo 283 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

CUARTA. - VIGENCIA.

La fianza permanecerá vigente hasta que se dé cumplimiento a la o las obligaciones que garantice en los términos del "Contrato" y continuará vigente en caso de que "la Contratante" otorgue prórroga o espera al cumplimiento del "Contrato", en los términos de la siguiente cláusula.

Asimismo, esta fianza permanecerá vigente durante la substanciación de todos los recursos legales, arbitrajes o juicios que se interpongan con origen en la obligación garantizada hasta que se pronuncie resolución definitiva de autoridad o tribunal competente que haya causado ejecutoria.

De esta forma la vigencia de la fianza no podrá acotarse en razón del plazo establecido para cumplir la o las obligaciones contractuales.

QUINTA. - PRÓRROGAS, ESPERAS O AMPLIACIÓN AL PLAZO DEL CONTRATO.

En caso de que se prorrogue el plazo originalmente señalado o conceder esperas o convenios de ampliación de plazo para el cumplimiento del contrato garantizado y sus anexos, el fiado dará aviso a (la "Afianzadora" o la "Aseguradora"), la cual deberá emitir los documentos modificatorios o endosos correspondientes.

(La "Afianzadora o la "Aseguradora") acepta expresamente garantizar la obligación a que esta póliza se refiere, aún en el caso de que se otorgue prórroga, espera o ampliación al fiado por parte de la "Contratante" para el cumplimiento total de las obligaciones que se garantizan, por lo que no se actualiza el supuesto de extinción de fianza previsto en el artículo 179 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, sin que se entienda novada la obligación.

SEXTA. - SUPUESTOS DE SUSPENSIÓN.

Para garantizar el cumplimiento del "Contrato", cuando concurran los supuestos de suspensión en los términos de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento y demás disposiciones aplicables, "la Contratante" deberá emitir el o las actas circunstanciadas y, en su caso, las constancias a que haya lugar. En estos supuestos, a petición del fiado, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") otorgará el o los endosos conducentes, conforme a lo estatuido en el artículo 166 de la Ley

de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para lo cual bastará que el fiado exhiba a (la "Afianzadora o a la Aseguradora") dichos documentos expedidos por "la Contratante".

El aplazamiento derivado de la interposición de recursos administrativos y medios de defensa legales, no modifica o altera el plazo de ejecución inicialmente pactado, por lo que subsistirán inalterados los términos y condiciones originalmente previstos, entendiendo que los endosos que emita (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") por cualquiera de los supuestos referidos, formarán parte en su conjunto, solidaria e inseparable de la póliza inicial.

SÉPTIMA. - SUBJUDICIDAD.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") realizará el pago de la cantidad reclamada, bajo los términos estipulados en esta póliza de fianza, y, en su caso, la indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el artículo 283 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aun cuando la obligación se encuentre subjúdice, en virtud de procedimiento ante autoridad judicial, administrativa o tribunal arbitral, salvo que el fiado obtenga la suspensión de su ejecución, ante dichas instancias.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") deberá comunicar a "la Beneficiaria" de la garantía, el otorgamiento de la suspensión al fiado, acompañándole las constancias respectivas que así lo acrediten, a fin de que se encuentre en la posibilidad de abstenerse del cobro de la fianza hasta en tanto se dicte sentencia firme.

OCTAVA. - COAFIANZAMIENTO O YUXTAPOSICIÓN DE GARANTÍAS.

El coafianzamiento o yuxtaposición de garantías, no implicará novación de las obligaciones asumidas por (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") por lo que subsistirá su responsabilidad exclusivamente en la medida y condiciones en que la asumió en la presente póliza de fianza y en sus documentos modificatorios.

NOVENA. - CANCELACIÓN DE LA FIANZA.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") quedará liberada de su obligación fiadora siempre y cuando "la Contratante" le comunique por escrito, por conducto del servidor público facultado para ello, su conformidad para cancelar la presente garantía.

El fiado podrá solicitar la cancelación de la fianza para lo cual deberá presentar a (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") la constancia de cumplimiento total de las obligaciones contractuales. Cuando el fiado solicite dicha cancelación derivado del pago realizado por saldos a su cargo o por el incumplimiento de obligaciones, deberá presentar el recibo de pago correspondiente.

Esta fianza se cancelará cuando habiéndose cumplido la totalidad de las obligaciones estipuladas en el "Contrato", "la Contratante" haya calificado o revisado y aceptado la garantía exhibida por el fiado para responder por los defectos, vicios ocultos de los bienes entregados y por el correcto funcionamiento de los mismos o por la calidad de los servicios prestados por el fiado, respecto del "Contrato" especificado en la carátula de la presente póliza y sus respectivos convenios modificatorios.

DÉCIMA. - PROCEDIMIENTOS.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") acepta expresamente someterse al procedimiento previsto en el artículo 279 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas para hacer efectiva la fianza.

DÉCIMA PRIMERA. -RECLAMACIÓN

"La Beneficiaria" podrá presentar la reclamación a que se refiere el artículo 279. de Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas en cualquier oficina, o sucursal de la Institución y ante cualquier apoderado o representante de la misma.

DÉCIMA SEGUNDA. - DISPOSICIONES APLICABLES.

Será aplicable a esta póliza, en lo no previsto por la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas la legislación mercantil y a falta de disposición expresa el Código Civil Federal.

ANEXO 4 (Cuatro)

DESIGNACIÓN DEL ADMINISTRADOR

Gobierno de México | INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Organo de Operación Administrativa Desconcentrada
Regional Estado de México Poniente
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Of. N° 16900120010O/JSPM/1630/2025
Toluca México, a 31 de octubre de 2025

Dra. Sofía Lorena Arias Cabañas
Directora HGZ 58
Dr. Marx Sandoval Terán
Director del HGZ 194
Dr. David Joel Guerrero Vázquez
Director del HGR 220
Dr. Martín Rodríguez Roldán
Director del HGR 251
Dr. Fidel Yunuen Santana Alva
Director del HGZ 252
Presente

Derivado de la contratación del servicio de hemodiálisis subrogada para el Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Estado México Poniente, para el ejercicio fiscal 2026*, al respecto y conforme a lo dispuesto en el penúltimo párrafo del Artículo 84 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, a los numerales **4.17, 4.24.6 y 5.3.15,** de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto, al respecto hago de su conocimiento que se designa y se le notifica por escrito que fungirá como administrador del contrato por hospital, esto, dentro del ámbito de competencia de cada uno, o bien, el funcionario que durante la vigencia de los contratos los sustituyan en el cargo, puesto y/o categoría:

ADMINISTRADORA DEL CONTRATO DEL HGZ 58		
DATOS		FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA DESIGNACIÓN Y DE RECIBIDO
Nombre	Dra. Sofía Lorena Arias Cabañas	
Cargo	Directora	
Área de adscripción en el IMSS	HGZ 58	
Domicilio institucional	Blvd. Manuel Ávila Camacho Fraccionamiento Las Margaritas Col. Santa Mónica C.P. 54050, Tlalnepantla, Edo. De Méx. Poniente	
Registro Federal de Contribuyentes	[redacted]	
Clave Única de Registro de Población		
Correo electrónico institucional	sofia.arias@imss.gob.mx	
Teléfono institucional	55 53 97 39 43 / 55 53 97 84 73	31-OCT-2025

Y EQUIPAMIENTO

De conformidad con lo dispuesto en el primer y cuarto párrafo del ARTÍCULO **115 de la LGTAIP**, en el presente contrato y en sus anexos se testan datos correspondientes al **REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES Y A LA CLAVE UNICA DE REGISTRO POBLACIONAL**, lo anterior en virtud de que dichos datos corresponden al ámbito patrimonial y privado de las personas físicas, por lo que pueden protegerse en su carácter de información confidencial.

ADMINISTRADOR DEL CONTRATO DEL HGZ 194		
DATOS		**FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA DESIGNACIÓN Y DE RECIBIDO**
Nombre	Dr. Marx Sandoval Teran	
Cargo	Director	
Área de adscripción en el IMSS	HGZ 194	
Domicilio institucional	Gustavo Baz No 26 y 28 col. San Bartolo Naucalpan estado de Méx. Cp. 53100	
Registro Federal de Contribuyentes	[redacted]	
Clave Única de Registro de Población		
Correo electrónico institucional	marx.teran@imss.gob.mx	
Teléfono institucional	55 55 76 71 02 / 55 53 59 45 54	

ADMINISTRADOR DEL CONTRATO DEL HGR 220		
DATOS		**FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA DESIGNACIÓN Y DE RECIBIDO**
Nombre	Dr. David Joel Guerrero Vázquez	
Cargo	Director	
Área de adscripción en el IMSS	HGR 220	
Domicilio institucional	Paseo Tollocan No. 620 Oriente Col. Vértice C.P. 50140 Toluca, Edo. de Méx. Poniente	
Registro Federal de Contribuyentes	[redacted]	
Clave Única de Registro de Población		
Correo electrónico institucional	david.guerrerov@imss.gob.mx	
Teléfono institucional	722 227 54 46	

ADMINISTRADOR DEL CONTRATO DEL HGR 251		
DATOS		**FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA DESIGNACIÓN Y DE RECIBIDO**
Nombre	Dr. Martín Rodríguez Roldán	
Cargo	Director	
Área de adscripción en el IMSS	HGR 251	
Domicilio institucional	Árbol de la Vida No. 501 Sur Col Bosques de Metepec C.P. 52148, Metepec Estado de México	
Registro Federal de Contribuyentes	[redacted]	
Clave Única de Registro de Población		
Correo electrónico institucional	martin.rodriguezr@imss.gob.mx	
Teléfono institucional	722 2 75 77 00 EXT 2090, 1000 O 1500	

De conformidad con lo dispuesto en el primer y cuarto párrafo del ARTÍCULO **115 de la LGTAIP**, en el presente contrato y en sus anexos se testan datos correspondientes al **REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES Y A LA CLAVE UNICA DE REGISTRO POBLACIONAL**, lo anterior en virtud de que dichos datos corresponden al ámbito patrimonial y privado de las personas físicas, por lo que pueden protegerse en su carácter de información confidencial.

Y EQUIPAMIENTO

Gobierno de México | INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ADMINISTRADOR DEL CONTRATO DEL HGZ 251		
DATOS		FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA DESIGNACIÓN Y DE RECIBIDO
Nombre	Dr. Fidel Yunuen Santana Alva	
Cargo	Director	
Área de adscripción en el IMSS	HGZ 251	
Domicilio institucional	Camino Flor de María Esquina Calzada Sr del Huerto No. 1207, Rancho san Martín, Atlacomulco Estado de México. CP 50454.	
Registro Federal de Contribuyentes	[redacted]	
Clave Única de Registro de Población		
Correo electrónico institucional	fidel.santana@imss.gob.mx	
Teléfono institucional	712 124 2300 EXT DIRECCIÓN 7045/SUB MÉD. EXT. 7047 Y SUB. ADM EXT. 7048	31 - OCTUBRE - 2025

Sin otro particular, les envío un cordial saludo, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dr. Salvador Gómez García
Titular

De conformidad con lo dispuesto en el primer y cuarto párrafo del ARTÍCULO 115 de la LGTAIP, en el presente contrato y en sus anexos se testa el dato correspondiente al REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES, lo anterior en virtud de que dicho dato corresponde al ámbito patrimonial y privado de las personas físicas, por lo que puede protegerse en su carácter de información confidencial.

Elaboró oficio

LC. Karina Washington Rivas
Analista Deleg de Planeación Es

Revisó

Lic. Carlos Fernando Hernández Becerra
Coordinador Auxiliar Operativo Administrativo

ANEXO 5 (Cinco)

"Procedimiento para la recepción, glosa y aprobación de documentos presentados para trámite de pago y la constitución, modificación, cancelación, operación y control de fondos fijos".

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Cuenta FINAT
51331002 – Subrogación de hemodiálisis extramuros

Partida presupuestaria
COG 33901

Concepto:
Por las erogaciones de la subrogación de servicios de hemodiálisis.

Plazo de pago: 20 días

Tipo de glosa: Servicios integrales

Requisito:
- Contrato y/o pedido recepción enlazado en el sistema financiero FINAT.

Documentos que deben presentarse en ventanilla:
- Representación impresa del comprobante fiscal digital por internet (CFDI), que cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 29-A del Código Fiscal de la Federación, en la que se indique:
  - número de proveedor;
  - número de contrato; y,
  - número de ID de pedido-recepción.
- Opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social (IMSS), positiva y vigente.

Nota: la información que proviene de los sistemas SATI, SAI y Módulo de Compras, será considerada como la evidencia de que los bienes, arrendamientos y/o servicios fueron recibidos a entera satisfacción de las áreas correspondientes y que la documentación original que soporta dicha información obra en su poder.

Referencias normativas:
- Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento.
- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, artículo 66, fracc. III.
- Políticas, bases y lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios del IMSS. 1000-001-014.
- Norma que establece las disposiciones generales para la planeación, obtención y el control de los servicios subrogados de atención médica. 2000-001-006.
- Procedimiento para la recepción, glosa y aprobación de documentos presentados para trámite de pago y la constitución, modificación, cancelación, operación y control de fondos fijos. 6B13-003-002.

Elaboró	Revisó	Autorizó	Vigencia a partir de
01-septiembre-2024	02-septiembre-2024	03-septiembre-2024	DÍA: 05 MES: SEP AÑO: 2025
L.C. Daniel Díaz Hinojosa Titular de la División de Normatividad Contable y Fiscal	Lic. Mauricio José González Almeida Titular de la División de Trámite de Erogaciones	Mtro. Shadai G. Sánchez Ortega Titular de la Coordinación de Contabilidad y Trámite de Erogaciones	Página 1 de 1 Anexo 2 clave 6813-018-001

ANEXO 6 (Seis)

CONVENIO DE PARTICIPACIÓN CONJUNTA

ANEXO IX
MODELO DE CONVENIO DE PARTICIPACIÓN CONJUNTA

CONVENIO DE PARTICIPACIÓN CONJUNTA QUE CELEBRAN POR UNA PARTE **CENTRO DE ASISTENCIA RENAL, S. A. DE C. V.** REPRESENTADA POR **LUIS ISRAEL MEJIA GRACIDA** EN SU CARÁCTER DE APODERADO LEGAL, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ **"EL PARTICIPANTE A"**, Y POR OTRA **SERVICIOS MEDICOS Y DE EQUIPAMIENTO, S. A. DE C. V.,** REPRESENTADA POR **ALBERTO GONZALEZ FERNANDEZ,** EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ **"EL PARTICIPANTE B"**, Y POR OTRA **LAPI UNIDAD DE HEMODIALISIS, S. A. DE C. V.,** REPRESENTADA POR **NADIA VERENICE GONZALEZ GONZALEZ,** EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ **"EL PARTICIPANTE C"**, Y CUANDO SE HAGA REFERENCIA A LOS QUE INTERVIENEN SE DENOMINARÁN **"LAS PARTES"**, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

1. "EL PARTICIPANTE A", DECLARA QUE:

1.1 NOMBRE DEL PARTICIPANTE: **CENTRO DE ASISTENCIA RENAL, S. A. DE C. V.**

1.2 ES UNA SOCIEDAD LEGALMENTE CONSTITUIDA, DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES MEXICANAS, SEGÚN CONSTA EN EL TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **46,462**, DE FECHA **13 DE AGOSTO 2002**, OTORGADA ANTE LA FE DEL LIC. **EDUARDO FLORES CASTRO ALTAMIRANO** NOTARIO PÚBLICO NÚMERO **33**, DE LA **CDMX**, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DE COMERCIO DE **NAUCALPAN**, EN EL FOLIO MERCANTIL **PARTIDA 270, VOLUMEN 52, LIBRO PRIMERO** DE FECHA **7 DE MARZO DE 2003**.

EL ACTA CONSTITUTIVA DE LA SOCIEDAD SI HA TENIDO REFORMAS Y MODIFICACIONES.

- ESCRITURA PÚBLICA NO. **32,239** DE FECHA **2 DE JUNIO DE 2008** OTORGADA ANTE LA FE DEL **LIC. FRANCISCO TALAVERA AUTRIQUE, NOTARIO NO. 221 DE LA CDMX.**

LOS NOMBRES DE SUS SOCIOS SON:

- [redacted] CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES [redacted]
- [redacted] CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES [redacted]
- [redacted] CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES [redacted]

1.3 TIENE LOS SIGUIENTES REGISTROS OFICIALES: REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO **CAR030815QH6** Y REGISTRO PATRONAL ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL NÚMERO [redacted]

1.4 SU APODERADO LEGAL CON EL CARÁCTER YA MENCIONADO, CUENTA CON LAS FACULTADES NECESARIAS PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONVENIO, DE CONFORMIDAD CON EL CONTENIDO DEL TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **100,448** DE FECHA **29 DE AGOSTO DE 2024**, OTORGADA ANTE LA FE DEL LIC. **NICOLAS MALUF MALOFF** NOTARIO PÚBLICO NÚMERO **13**, DEL **ESTADO DE MEXICO**, MANIFESTANDO **BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**, QUE DICHAS FACULTADES NO LE HAN SIDO REVOCADAS, NI LIMITADAS O MODIFICADAS EN FORMA ALGUNA, A LA FECHA EN QUE SE SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL ES **LUIS ISRAEL MEJIA GRACIDA**.

1.5 SU OBJETO SOCIAL, ENTRE OTROS CORRESPONDE A: **LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PROFESIONAL DE LA MEDICINA EN TODAS Y CADA UNA DE SUS RAMAS Y AQUELLAS QUE DIRECTA INDIRECTAMENTE SE RELACIONEN CON LA MEDICINA Y CON LA SALUD**; POR LO QUE CUENTA CON LOS RECURSOS FINANCIEROS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS PARA OBLIGARSE, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE ESTIPULAN EN EL PRESENTE CONVENIO.

De conformidad con lo dispuesto en el primer y cuarto párrafo del ARTÍCULO **115 de la LGTAIP** en el presente contrato y en sus anexos se testa el dato correspondiente al **NOMBRE Y REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DE LOS SOCIOS DE LA EMPRESA**, lo anterior en virtud de que dicho dato corresponde al ámbito patrimonial y privado de las personas físicas por lo que puede protegerse en su carácter de información confidencial.

De conformidad con lo dispuesto en el **ARTÍCULO 115 FRACCIÓN III**, de la LGTAIP, en el presente contrato se testa el dato correspondiente al **REGISTRO PATRONAL DEL IMSS** lo anterior, en virtud de que dicho dato corresponde al ámbito patrimonial y privado de las personas morales por lo que pueden protegerse en su carácter de información confidencial.

1.6 SEÑALA COMO DOMICILIO LEGAL PARA TODOS LOS EFECTOS QUE DERIVEN DEL PRESENTE CONVENIO, EL UBICADO EN: **FEDERICO T DE LA CHICA NO. 2 INT. 204, CIUDAD SATELITE 53100, NAUCALPAN DE JUÁREZ, ESTADO DE MÉXICO**.

2. "EL PARTICIPANTE B", DECLARA QUE:

2.1 NOMBRE DEL PARTICIPANTE: **SERVICIOS MEDICOS Y DE EQUIPAMIENTO, S. A. DE C. V.**

2.2 ES UNA SOCIEDAD LEGALMENTE CONSTITUIDA DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, SEGÚN CONSTA EL TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **21,675**, DE FECHA **23 DE AGOSTO DE 2006**, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. **JOSE ORTIZ GIRÓN** NOTARIO PÚBLICO NÚMERO **113**, DEL **ESTADO DE MÉXICO**, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO, EN EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO **16945*9** DE FECHA **20 DE DICIEMBRE DE 2006**.

EL ACTA CONSTITUTIVA DE LA SOCIEDAD SI HA TENIDO REFORMAS Y MODIFICACIONES.

MOTIVO POR EL CUAL A CONTINUACIÓN SE INDICA: NÚMERO Y FECHA DE LAS ESCRITURAS EN LAS QUE CONSTE EL ACTA CONSTITUTIVA Y EN SU CASO, SUS REFORMAS O MODIFICACIONES, SEÑALANDO, NOMBRE, NÚMERO Y CIRCUNSCRIPCIÓN DEL NOTARIO O FEDATARIO PÚBLICO ANTE QUIEN SE HAYA OTORGADO.

ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **88179**, DE FECHA **13 DE JULIO DE 2020, LIC. NICOLAS MALUF MALOFF**, NOTARÍA PÚBLICA 13 DEL ESTADO DE MEXICO, REGISTRO PÚBLICO: **16945, DE FECHA 24 DE MARZO DE 2025**.

LOS NOMBRES DE SUS SOCIOS SON:

- [redacted] CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES [redacted]
- [redacted] CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES [redacted]
- [redacted] CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES [redacted]

2.3 TIENE LOS SIGUIENTES REGISTROS OFICIALES: REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO **SME0608231D6** Y REGISTRO PATRONAL ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL NÚMERO [redacted]

2.4 SU REPRESENTANTE LEGAL, CON EL CARÁCTER YA MENCIONADO, CUENTA CON LAS FACULTADES NECESARIAS PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONVENIO, DE CONFORMIDAD CON EL CONTENIDO DEL TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **21,675**, DE FECHA **23 DE AGOSTO DE 2006**, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. **JOSE ORTIZ GIRÓN** NOTARIO PÚBLICO NÚMERO **113**, DEL **ESTADO DE MÉXICO**, MANIFESTANDO **BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** QUE DICHAS FACULTADES NO LE HAN SIDO REVOCADAS, NI LIMITADAS O MODIFICADAS EN FORMA ALGUNA, A LA FECHA EN QUE SE SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL ES **ALBERTO GONZALEZ FERNANDEZ.**

2.5 SU OBJETO SOCIAL, ENTRE OTROS CORRESPONDE A: **LA COMPRA, VENTA, SERVICIO, CAPACITACIÓN, ASESORÍA, CONSULTORÍA, MAQUILA Y COMERCIALIZACIÓN, IMPORTACIÓN, EXPORTACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE TODO TIPO DE ARTÍCULOS Y APARATOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO MÉDICO**; POR LO QUE CUENTA CON LOS RECURSOS FINANCIEROS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS PARA OBLIGARSE, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE ESTIPULAN EN EL PRESENTE CONVENIO.

2.6 SEÑALA COMO DOMICILIO LEGAL PARA TODOS LOS EFECTOS QUE DERIVEN DEL PRESENTE CONVENIO, EL UBICADO EN: **AV PINO SUAREZ NO. 2027, LAS HACIENDAS 52140, METEPEC, ESTADO DE MÉXICO.**

De conformidad con lo dispuesto en el primer y cuarto párrafo del ARTÍCULO **115 de la LGTAIP**, en el presente contrato y en sus anexos se testa el dato correspondiente al **NOMBRE Y REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DE LOS SOCIOS DE LA EMPRESA**, lo anterior en virtud de que dicho dato corresponde al ámbito patrimonial y privado de las personas físicas, por lo que puede protegerse en su carácter de información confidencial.

De conformidad con lo dispuesto en el **ARTÍCULO 115 FRACCIÓN III**, de la LGTAIP, en el presente contrato se testa el dato correspondiente al **REGISTRO PATRONAL DEL IMSS** lo anterior, en virtud de que dicho dato corresponde al ámbito patrimonial y privado de las personas morales por lo que pueden protegerse en su carácter de información confidencial.

De conformidad con lo dispuesto en el primer y cuarto párrafo del ARTÍCULO **115 de la LGTAIP** en el presente contrato y en sus anexos se testa el dato correspondiente al **NOMBRE Y REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DE LOS SOCIOS DE LA EMPRESA**, lo anterior en virtud de que dicho dato corresponde al ámbito patrimonial y privado de las personas físicas, por lo que puede protegerse en su carácter de información confidencial.

De conformidad con lo dispuesto en el ARTÍCULO **115 FRACCIÓN III**, de la LGTAIP, en el presente contrato se testa el dato correspondiente al **REGISTRO PATRONAL DEL IMSS** lo anterior en virtud de que dicho dato corresponde al ámbito patrimonial y privado de las personas morales por lo que pueden protegerse en su carácter de información confidencial.

3. "EL PARTICIPANTE C", DECLARA QUE:

3.1 NOMBRE DEL PARTICIPANTE: **LAPI UNIDAD DE HEMODIALISIS, S. A. DE C. V.**

3.2 ES UNA SOCIEDAD LEGALMENTE CONSTITUIDA DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, SEGÚN CONSTA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **32,939**, DE FECHA **11 DE MAYO E 2009**, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. **JOSE EUGENIO CASTAÑEDA ESCOBEDO**, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO **211**, DEL **ESTADO DE MEXICO**, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO DE **CHALCO, CIUDAD DE MEXICO**, EN EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO **398197-1** DE FECHA **5 DE JUNIO DE 2009**.

LOS NOMBRES DE SUS SOCIOS SON:

- **LAPI S.A DE C.V.** CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES: **LAP940808S56**
- [redacted] CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES: [redacted]

3.3 TIENE LOS SIGUIENTES REGISTROS OFICIALES: REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO **LUH090511TD3** Y REGISTRO PATRONAL ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL NÚMERO [redacted]

3.4 SU REPRESENTANTE LEGAL, CON EL CARÁCTER YA MENCIONADO, CUENTA CON LAS FACULTADES NECESARIAS PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONVENIO, DE CONFORMIDAD CON EL CONTENIDO DEL TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **105,847**, DE **FECHA 10 DE NOVIEMBRE 2021**, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. **GONZALO M. ORTIZ BLANCO**, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO **98**, DE LA **CDMX**, MANIFESTANDO **BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** QUE DICHAS FACULTADES NO LE HAN SIDO REVOCADAS, NI LIMITADAS O MODIFICADAS EN FORMA ALGUNA, A LA FECHA EN QUE SE SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL ES **NADIA VERENICE GONZALEZ GONZALEZ.**

3.5 SU OBJETO SOCIAL, ENTRE OTROS CORRESPONDE A: **LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PROFESIONAL DE LA MEDICINA EN TODAS Y CADA UNA DE SUS RAMAS Y AQUELLAS QUE DIRECTA INDIRECTAMENTE SE RELACIONEN CON LA MEDICINA Y CON LA SALUD.**; POR LO QUE CUENTA CON LOS RECURSOS FINANCIEROS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS PARA OBLIGARSE, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE ESTIPULAN EN EL PRESENTE CONVENIO.

3.6 SEÑALA COMO DOMICILIO LEGAL PARA TODOS LOS EFECTOS QUE DERIVEN DEL PRESENTE CONVENIO, EL UBICADO EN: **CALLE PAPANUNCIO PADILLA NO. 15 INT. 101 PLANTA BAJA, CIUDAD SATELITE 53100, NAUCALPAN DE JUAREZ, ESTADO DE MÉXICO.**

4. "LAS PARTES" DECLARAN QUE:

4.1 CONOCEN LOS REQUISITOS Y CONDICIONES ESTIPULADAS EN LA CONVOCATORIA A LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL **No. LA-50-GYR-050GYR024-N-11-2026**, CONTRATACIÓN AL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA.

4.2 MANIFIESTAN SU CONFORMIDAD EN FORMALIZAR EL PRESENTE CONVENIO, CON EL OBJETO DE PARTICIPAR CONJUNTAMENTE EN LA LICITACIÓN, PRESENTANDO PROPOSICIÓN TÉCNICA Y ECONÓMICA, CUMPLIENDO CON LO ESTABLECIDO EN LA CONVOCATORIA DE LA LICITACIÓN Y CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS **45**, DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y **44** DE SU REGLAMENTO.

EXPUESTO LO ANTERIOR, LAS PARTES OTORGAN LAS SIGUIENTES:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.- "PARTICIPACIÓN CONJUNTA".

"LAS PARTES" CONVIENEN, EN CONJUNTAR SUS RECURSOS TÉCNICOS, LEGALES, ADMINISTRATIVOS, ECONÓMICOS Y FINANCIEROS PARA PRESENTAR PROPOSICIÓN TÉCNICA Y ECONÓMICA EN LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL **No. LA-50-GYR-050GYR024-N-11-2026**, CONTRATACIÓN AL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, Y EN CASO DE SER ADJUDICATARIO DEL CONTRATO, SE OBLIGAN A PRESTAR EL SERVICIO OBJETO DEL CONVENIO, CON LA PARTICIPACIÓN SIGUIENTE:

PARTICIPANTE "A" CENTRO DE ASISTENCIA RENAL, S. A. DE C. V.

SE OBLIGA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SUBROGADO DE HEMODIÁLISIS A LOS PACIENTES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE ACUERDO CON LA LICITACIÓN PÚBLICA ELECTRÓNICA NACIONAL **No. LA-50-GYR-050GYR024-N-11-2026, PARTIDA 1, HGZ No. 58** ATENCIÓN MÉDICA QUE PRESTARA EN LA UNIDAD MEDICA DE SU PROPIEDAD DENOMINADA:

- **"CARE SATELITE"** CON DOMICILIO EN FEDERICO T DE LA CHICA NO. 2 DEP. 204, CIUDAD SATELITE 53100, NAUCALPAN DE JUAREZ, ESTADO DE MEXICO

LA QUE CUENTA CON ÁREAS FÍSICAS ADECUADAS A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NO 003-SSA3-2010 PARA LA PRÁCTICA DE HEMODIÁLISIS; PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA SUFICIENTE Y CALIFICADO, EQUIPOS DE HEMODIÁLISIS INSTALADOS Y FUNCIONANDO SUFICIENTES PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON SESIONES DE 3 A 4 HORAS DE LUNES A SÁBADO INCLUSO DÍAS FESTIVOS, EQUIPADA CON SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA, SISTEMA INFORMÁTICO MÉDICO ADMINISTRATIVO CON VINCULACIÓN CON EL SISTEMA DE MENSAJERÍA HL7 DEL IMSS, CON CONTRATO VIGENTE DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO Y DE GABINETE DE TOMA DE MUESTRAS DE AGUA FÍSICO-QUÍMICO Y BACTERIOLÓGICOS CUYA INFRAESTRUCTURA LE PERMITE ADEMÁS GARANTIZAR EL 100% DEL CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS CORRESPONDIENTES A LA DEMANDA EXISTENTE Y FUTURA DE SERVICIOS.

PARTICIPANTE "B" SERVICIOS MEDICOS Y DE EQUIPAMIENTO, S. A. DE C. V.

SE OBLIGA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SUBROGADO DE HEMODIÁLISIS A LOS PACIENTES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE ACUERDO CON LA LICITACIÓN PÚBLICA ELECTRÓNICA **No. LA-50-GYR-050GYR024-N-11-2026 PARTIDA 1, HGZ No. 58** ATENCIÓN MÉDICA QUE PRESTARA EN LA UNIDAD MEDICA DE SU PROPIEDAD DENOMINADA:

- **"SERME GUSTAVO BAZ"** CON DOMICILIO EN AV. DR. GUSTAVO BAZ 51, BELLA VISTA 54080, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO

LA QUE CUENTA CON ÁREAS FÍSICAS ADECUADAS A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NO 003-SSA3-2010 PARA LA PRÁCTICA DE HEMODIÁLISIS; PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA SUFICIENTE Y CALIFICADO, EQUIPOS DE HEMODIÁLISIS INSTALADOS Y FUNCIONANDO SUFICIENTES PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON SESIONES DE 3 A 4 HORAS DE LUNES A SÁBADO INCLUSO DÍAS FESTIVOS, EQUIPADA CON SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA, SISTEMA INFORMÁTICO MÉDICO ADMINISTRATIVO CON VINCULACIÓN CON EL SISTEMA DE MENSAJERÍA HL7 DEL IMSS, CON CONTRATO VIGENTE DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO Y DE GABINETE DE TOMA DE MUESTRAS DE AGUA FÍSICO-QUÍMICO Y BACTERIOLÓGICOS CUYA INFRAESTRUCTURA LE PERMITE ADEMÁS GARANTIZAR EL

100% DEL CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS CORRESPONDIENTES A LA DEMANDA EXISTENTE Y FUTURA DE SERVICIOS.

PARTICIPANTE "C" LAPI UNIDAD DE HEMODIALISIS, S. A. DE C. V.

SE OBLIGA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SUBROGADO DE HEMODIÁLISIS A LOS PACIENTES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE ACUERDO CON LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL **No. LA-50-GYR-050GYR024-N-11-22026,** ATENCIÓN MÉDICA QUE PRESTARA EN LA UNIDAD MEDICA DE SU PROPIEDAD DENOMINADA:

- **"LAPI SATELITE"** CON DOMICILIO EN PAFNUNCIO PADILLA NO. 15, CIUDAD SATELITE 53100, NAUCALPAN DE JUÁREZ, ESTADO DE MÉXICO.

LA QUE CUENTA CON ÁREAS FÍSICAS ADECUADAS A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NO 003-SSA3-2010 PARA LA PRÁCTICA DE HEMODIÁLISIS; PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA SUFICIENTE Y CALIFICADO, EQUIPOS DE HEMODIÁLISIS INSTALADOS Y FUNCIONANDO SUFICIENTES PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON SESIONES DE 3 A 4 HORAS DE LUNES A SÁBADO INCLUSO DÍAS FESTIVOS, EQUIPADA CON SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA, SISTEMA INFORMÁTICO MÉDICO ADMINISTRATIVO CON VINCULACIÓN CON EL SISTEMA DE MENSAJERÍA HL7 DEL IMSS, CON CONTRATO VIGENTE DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO Y DE GABINETE DE TOMA DE MUESTRAS DE AGUA FÍSICO-QUÍMICO Y BACTERIOLÓGICOS CUYA INFRAESTRUCTURA LE PERMITE ADEMÁS GARANTIZAR EL 100% DEL CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS CORRESPONDIENTES A LA DEMANDA EXISTENTE Y FUTURA DE SERVICIOS.

SEGUNDA. - REPRESENTANTE COMÚN Y OBLIGADO SOLIDARIO:

"LAS PARTES" ACEPTAN EXPRESAMENTE EN DESIGNAR COMO REPRESENTANTE COMÚN A **LUIS ISRAEL MEJIA GRACIDA**, APODERADO LEGAL DE **CENTRO DE ASISTENCIA RENAL, S. A. DE C. V.**, ASÍ COMO EL SEÑALAMIENTO DE UN DOMICILIO COMÚN DEL CONSORCIADO PARA OÍR Y RECIBIR TODA CLASE DE NOTIFICACIONES Y DOCUMENTOS, EL UBICADO EN **FEDERICO T DE LA CHICA NO. 2 DEP. 204, CIUDAD SATELITE CP 53100, NAUCALPAN DE JUÁREZ, ESTADO DE MÉXICO**; A TRAVÉS DEL PRESENTE INSTRUMENTO, OTORGÁNDOLE PODER AMPLIO Y SUFICIENTE, PARA ATENDER TODO LO RELACIONADO CON LAS PROPOSICIONES TÉCNICA Y ECONÓMICA EN EL PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN, ASÍ COMO PARA SUSCRIBIR DICHAS PROPOSICIONES.

ASIMISMO, CONVIENEN ENTRE SÍ EN CONSTITUIRSE EN FORMA ***SOLIDARIA***, PARA COMPROMETERSE POR CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE CONVENIO, CON RELACIÓN AL CONTRATO QUE SUS REPRESENTANTES LEGALES FIRMEN CON EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), DERIVADO DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN DE **LICITACIÓN PÚBLICA ELECTRÓNICA NACIONAL No. LA-50-GYR-050GYR024-N-11-2026**, ACEPTANDO EXPRESAMENTE EN RESPONDER ANTE EL IMSS POR LAS PROPOSICIONES QUE SE PRESENTEN Y, EN SU CASO, DE LAS OBLIGACIONES QUE DERIVEN DE LA ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO RESPECTIVO.

TERCERA. - DEL COBRO DE LAS FACTURAS.

"LAS PARTES" CONVIENEN EXPRESAMENTE, QUE **"EL PARTICIPANTE A" CENTRO DE ASISTENCIA RENAL, S. A. DE C. V.**, QUIEN SERÁ EL ÚNICO FACULTADO PARA EMITIR LAS FACTURAS RELATIVAS AL SERVICIO QUE SE PRESTE CON MOTIVO DEL CONTRATO QUE SE DERIVE DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL **No. LA-50-GYR-050GYR024-N-11-2026.**

CUARTA. - VIGENCIA.

"LAS PARTES" CONVIENEN, EN QUE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONVENIO SERÁ DEL PERÍODO DURANTE EL CUAL SE DESARROLLE EL PROCEDIMIENTO DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL **No. LA-50-GYR-050GYR024-N-11-2026**

INCLUYENDO, EN SU CASO, DE RESULTAR ADJUDICADOS, DEL CONTRATO, EL PLAZO QUE SE ESTIPULE EN ÉSTE Y EL QUE PUDIERA RESULTAR DE CONVENIOS DE MODIFICACIÓN.

QUINTA. - OBLIGACIONES.

"LAS PARTES" CONVIENEN EN QUE EN EL SUPUESTO DE QUE CUALQUIERA DE ELLAS QUE SE DECLARE EN QUIEBRA O EN SUSPENSIÓN DE PAGOS, NO LAS LIBERA DE CUMPLIR CON SUS OBLIGACIONES, POR LO QUE CUALQUIERA DE ELLAS QUE SUBSISTA, ACEPTA Y SE OBLIGA EXPRESAMENTE A RESPONDER ***SOLIDARIA*** LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES A QUE HUBIERE LUGAR.

"LAS PARTES" ACEPTAN EL PRESENTE CONVENIO, EN EL SUPUESTO DE QUE SE ADJUDIQUE EL CONTRATO A LOS INTEGRANTES QUE PRESENTARON UNA PROPOSICIÓN CONJUNTA, EL PRESENTE CONVENIO FORMARÁ PARTE DEL CONTRATO RESPECTIVO, DEBERÁ CONSTAR EN ESCRITURA PÚBLICA, CUANDO ÚNICAMENTE SEA FIRMADO POR EL REPRESENTANTE COMÚN, SALVO QUE EL CONTRATO SEA FIRMADO POR TODAS LAS PERSONAS QUE INTEGRAN LA AGRUPACIÓN QUE FORMULA LA PROPOSICIÓN CONJUNTA O POR SUS REPRESENTANTES LEGALES, QUIENES EN LO INDIVIDUAL, DEBERÁN ACREDITAR SU RESPECTIVA PERSONALIDAD, O POR EL APODERADO LEGAL DE LA NUEVA SOCIEDAD QUE SE CONSTITUYA POR LAS PERSONAS QUE INTEGRAN LA AGRUPACIÓN QUE FORMULÓ LA PROPOSICIÓN CONJUNTA, ANTES DE LA FECHA FIJADA PARA LA FIRMA DEL CONTRATO, LO CUAL DEBERÁ COMUNICARSE MEDIANTE ESCRITO A LA CONVOCANTE POR DICHAS PERSONAS O POR SU APODERADO LEGAL, AL MOMENTO DE DARSE A CONOCER EL FALLO O A MÁS TARDAR EN LAS VEINTICUATRO HORAS SIGUIENTES

LEÍDO QUE FUE EL PRESENTE CONVENIO POR **"LAS PARTES"** Y ENTERADOS DE SU ALCANCE Y EFECTOS LEGALES, ACEPTANDO QUE NO EXISTIÓ ERROR, DOLO, VIOLENCIA O MALA FE, LO RATIFICAN Y FIRMAN, DE CONFORMIDAD EN LA CIUDAD DE MÉXICO, EL DÍA 19 DE DICIEMBRE DE 2025.

"EL PARTICIPANTE A"

LUIS ISRAEL MEJIA GRACIDA
APODERADO LEGAL
CENTRO DE ASISTENCIA RENAL, S. A. DE C. V.

"EL PARTICIPANTE B"

ALBERTO GONZALEZ FERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL
SERVICIOS MEDICOS Y DE EQUIPAMIENTO, S. A. DE C.

"EL PARTICIPANTE C"

NADIA VERENICE GONZALEZ GONZALEZ
REPRESENTANTE LEGAL
LAPI UNIDAD DE HEMODIALISIS, S. A. DE C. V.

ANEXO 7 (Siete)

ANEXOS TÉCNICOS

Anexo T 0 (T-cero)
Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada

Licitante: _____

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

Nombre Médico Nefrólogo:	
Número de Cédula Profesional	

Unidad de Hemodiálisis Subrogada	**Total m²**	**Se ubica dentro de un Hospital**	
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)		**Si**	**No**
	Máquinas de Hemodiálisis		
b) Número de máquinas de Hemodiálisis	**Total**	**Sero positivo**	**Sero negativo**

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

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

Anexo T 0 (T-cero)

Servicios

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

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

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

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

Anexo T 0 (T-cero)

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

	Si	No	Número de Folio
Aviso de Funcionamiento			
Licencia Sanitaria			

Responsable Sanitario	Nombre	Número de Folio
De la Unidad de Hemodiálisis		

Fecha: _____

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

_____

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

Instrucciones de llenado:

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

Anexo T 0 (T-cero)
Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada

Licitante: _____

1

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

2

Nombre Médico Nefrólogo:	
Número de Cédula Profesional	

3

Unidad de Hemodiálisis Subrogada	Total m²	Se ubica dentro de un Hospital	
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)		Si	No
	Máquinas de Hemodiálisis		
b) Número de máquinas de Hemodiálisis	Total	Sero positivo	Sero negativo

4

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

5

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

Anexo T 0 (T-cero)
Servicios

6

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

7

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

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

9

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

Anexo T 0 (T-cero)

Normatividad

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

10

	Si	No	Número de Folio
Aviso de Funcionamiento			
Licencia Sanitaria			

11

Responsable Sanitario	Nombre	Número de Folio
De la Unidad de Hemodiálisis		

Fecha: _____

Nombre del Director de la Unidad de Hemodiálisis: _____

Firma del Director de la Unidad de Hemodiálisis: _____

CARE
CENTROS DE ASISTENCIA RENAL, S.A. de C.V.
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS • NEFROLOGÍA • TRASPLANTES

Anexo T0 T-cero) Oferta Técnica
Anexo T 0 (T-cero)

Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada

Licitante: CENTRO DE ASISTENCIA RENAL, S.A. DE C.V.

Unidad de Hemodiálisis Subrogada	CARE SATÉLITE
Domicilio:	FEDERICO T DE LA CHICA NO. 2 INT. 204
	COL. CIUDAD SATÉLITE C.P.: 53100
Teléfono:	5393-9568-69 Ext: 126
Municipio/Delegación:	NAUCALPAN DE JUÁREZ Estado: MÉXICO
Horario de Atención:	05:00 A 21:00 (4 TURNOS)

Nombre Médico [redacted]	DR. CÉSAR AUGUSTO HERNÁNDEZ SARABIA
Número de Cédula Profesional	[redacted]

Unidad de Hemodiálisis Subrogada	Total m²	Se ubica dentro de un Hospital	
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)	582 m²	SI	~~NO~~
	Máquinas de Hemodiálisis		
b) Número de máquinas de Hemodiálisis	Total	Sero positivo	Sero negativo
	78	6	72

Equipamiento	Marca (s):	Modelo (s):
Máquina de Hemodiálisis	FRESENIUS	4008S V10
Sistema de tratamiento de agua	AMERIWATER	MR05X SERIE:26
Equipo de reprocesamiento automático de dializadores (en caso de usarlo)	N/A	N/A

Cuenta con:	
certificación/proceso de certificación por el consejo de salubridad General (Anexar documento)	No Certificado
EN PROCESO DE CERTIFICACIÓN	

Federico T de la Chica Nº. 2-204,
Edificio Zurich, Satélite
Naucalpan, Edo. Méx., C.P 53100
Tel.: 55 5393-9569, 55 5393-6679 y 55 5393-2519
www.hemocare.com.mx

De conformidad con lo dispuesto en el primer y cuarto párrafo del ARTÍCULO 115 de la LGTAIP, en el presente contrato y en sus anexos se testan datos correspondientes a la CÉDULA PROFESIONAL Y ESPECIALIDAD MÉDICA, lo anterior en virtud de que dichos datos corresponden al ámbito patrimonial y privado de las personas físicas, por lo que pueden protegerse en su carácter de información confidencial.

CARE
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS • NEFROLOGÍA • TRASPLANTES

Anexo T 0 (T-cero)

Servicios

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

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

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

Delegación	Unidad del IMSS		Distancia (km)	Requerimiento Anexo T1 Sesiones	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida si su horario de atención es de 3 turnos	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida si su horario de atención es de 5 turnos
	Tipo y Número	Localidad		Máximo	936 /año sesiones mínimo por máquina	1560/año Sesiones máximas por año
EDO DE MEX PONIENTE	HGZ 58	TLALNEPANTLA	2.15	41,702	90	54
EDO DE MEX PONIENTE	HGR 194	NAUCALPAN	4.90	29,290	63	38
Total:				70,992	153	92

Federico T de la Chica Nº. 2-204,
Edificio Zurich, Satélite
Naucalpan, Edo. Méx., C.P 53100
Tel.: 55 5393-9589, 55 5393-9579 y 55 5393-2519
www.hemocare.com.mx

CARE
CENTROS ASISTENCIA RENAL, S.A. de C.V.
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS • NEFROLOGÍA • TRASPLANTES

Anexo T 0 (T-cero)

Normatividad

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

	SI	No	Número de Folio
Aviso de Funcionamiento			
Licencia Sanitaria vigente	X		25-SM-15-057-0001

Responsable Sanitario	Nombre	Número de Folio
De la Unidad de Hemodiálisis	CÉSAR AUGUSTO HERNÁNDEZ SARABIA	2433005125O158

NAUCALPAN DE JUÁREZ, ESTADO DE MÉXICO A 19 DE DICIEMBRE DE 2025

ATENTAMENTE,

LUIS ISRAEL MEJÍA GRACIDA
APODERADO LEGAL
CENTRO DE ASISTENCIA RENAL, S.A. DE C.V.

Federico T de la Chica N°. 2-204,
Edificio Zurich, Satélite
Naucalpan, Edo. Méx., C.P 53100
Tel.: 55 5393-9569, 55 5393-9579 y 55 5393-2519
www.hemocare.com.mx

SERME GUSTAVO BAZ OFERTA 25 EQUIPOS PARA LA ATENCION DE PACIENTES DEL HGZ No 58 EL SERVICIO SE OTORGARA EN PARTICIPACION CONJUNTA CON LAS UNIDADES QUE OFERTE LA EMPRESA CENTRO DE ASISTENCIA RENAL, S.A. DE C.V. Y LAPI UNIDAD DE HEMODIÁLISIS, S.A. DE C.V.

SERME GUSTAVO BAZ OFERTA 15 EQUIPOS PARA LA ATENCION DE PACIENTES DEL HGZ No 194 EL SERVICIO SE OTORGARA EN PARTICIPACION CONJUNTA CON LAS UNIDADES QUE OFERTE LA EMPRESA CENTRO DE ASISTENCIA RENAL, S.A. DE C.V., LAPI UNIDAD DE HEMODIÁLISIS, S.A. DE C.V. Y CENTRO DE DIAGNOSTICO ANGELES, S.A. DE C.V.

Anexo T 0 (T-cero)

Normatividad

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

	Si	No	Número de Folio
Aviso de Funcionamiento	X		Sin Folio
Licencia Sanitaria	X		23-SH-15-104-0001

Responsable Sanitario	Nombre	Número de Folio
De la Unidad de Hemodiálisis	DRA. KARLA BEATRIZ ROSALES MORALES	22330051250001

Fecha: **19 DE DICIEMBRE DE 2025**

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

DRA. KARLA BEATRIZ ROSALES MORALES

Firma del Director de la Unidad de Hemodiálisis:

ATENTAMENTE,

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ
REPRESENTANTE LEGAL
SERVICIOS MÉDICOS Y DE EQUIPAMIENTO, S. A. DE C. V.

Lapi Unidad de Hemodiálisis
Km 4.5 de la vialidad Toluca-Metepec Barrio del Espíritu Santo Colonia la Michoacana C.P. 52140, Metepec, Estado de México.

223

Anexo T 0 (T-cero)
Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada
NUMERAL 4.2.5 PUNTO 2
CARTA MANIFIESTO

Metepec Toluca Estado de México a 19 de diciembre 2025

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO
PRESENTE.

Licitación Pública Electrónica Nacional
Núm. LA-50-GYR-050GYR024-N-11-2026

"SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA (PARTIDAS 1 y 2)"

Licitante: LAPI UNIDAD DE HEMODIÁLISIS S.A DE C.V.

Unidad de Hemodiálisis Subrogada	LAPI UNIDAD DE HEMODIÁLISIS S.A DE C.V.		
Domicilio:	Pafnuncio Padilla No. 15, Interior 101, Colonia Cd. Satélite		
		C.P.: 53100	
	Teléfono: 1663-1890 / 5337-1240	Ext: No aplica	
Municipio/Delegación:	Naucalpan de Juárez	Estado:	Estado de México
Horario de Atención:	05:00 A.M – 01:00 A.M LUNES A SÁBADO		

Nombre Médico [redacted]	Dr. Miguel Ángel García de León Guerrero
Número de Cédula Profesional	[redacted]

Unidad de Hemodiálisis Subrogada	**Total m²**	**Se ubica dentro de un Hospital**	
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)	366 m²	Si	**No (x)**
	Máquinas de Hemodiálisis		
b) Número de máquinas de Hemodiálisis	**Total**	**Sero positivo**	**Sero negativo**
	64	4	60

Equipamiento	**Marca (s):**	**Modelo (s):**
Máquina de Hemodiálisis	B BRAUN	DIALOG (+)
Sistema de tratamiento de agua	JP WATER QUALITY	RO-450

De conformidad con lo dispuesto en el primer y cuarto párrafo del ARTÍCULO **115 de la LGTAIP**, en el presente contrato y en sus anexos se testan datos correspondientes a la **CÉDULA PROFESIONAL Y ESPECIALIDAD MÉDICA**, lo anterior en virtud de que dichos datos corresponden al ámbito patrimonial y privado de las personas físicas, por lo que pueden protegerse en su carácter de información confidencial.

UIPAMIENTO

Km 4.5 de la vialidad Toluca-Metepec Barrio del Espíritu Santo
Colonia la Michoacana C.P. 52140, Metepec, Estado de México.

Cuenta con:	
Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General (Anexar documento)	No Certificado
	EN PROCESO DE CERTIFICACIÓN

Anexo T 0 (T-cero)

Servicios

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

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

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

Delegación	Unidad del IMSS		Distancia (km)	Requerimiento Anexo T1 Sesiones	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida si su horario de atención es de 3 turnos	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida si su horario de atención es de 5 turnos
	Tipo y Número	Localidad		Máximo	936 /año sesiones mínimo por máquina	1560/año Sesiones máximas por año
Estado de México Pte.	H.G.Z. 58	Tlalnepantla	2.36 Km	41,702	90	56
Estado de México Pte.	H.G.Z 194	Naucalpan	4.75 Km	29,290	63	40
			Total:	70,992	153	96

Anexo T 0 (T-cero)

Normatividad

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

	Si	No	Número de Folio
Aviso de Funcionamiento	X		24330051240002
Licencia Sanitaria vigente	X		23-SH-15-057-0004

Responsable Sanitario	Nombre	Número de Folio
De la Unidad de Hemodiálisis	DR. MIGUEL ANGEL GARCIA DE LEÓN GUERRERO	1482-09

Fecha: Metepec Toluca Estado de México a 19 de diciembre de 2025.

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

DR. MIGUEL ÁNGEL GARCÍA DE LEÓN GUERRERO

Atentamente
Protesto lo necesario

Nadia Verenice González González
Representante Legal
LAPI Unidad de Hemodiálisis S.A DE C.V.

ANEXO T1

"REQUERIMIENTO DE SESIONES PARA PACIENTES EN HEMODIÁLISIS SUBROGADA POR PARTIDA".

PARTIDAS	OOAD	TIPO	NÚMERO	SESIONES MIN	SESIONES MAX
1	Edo. de Méx. Pte.	HGZ	58	20,851	41,702

Anexo T2 (T-dos)

Especificaciones del equipo médico e insumos para hemodiálisis

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS • NEFROLOGÍA • TRASPLANTES

ANEXO T 2

A) CARACTERÍSTICA DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS

NOMBRE GENÉRICO	SISTEMA DE HEMODIÁLISIS PARA USO EN NEONATO, PEDIÁTRICO Y ADULTO			
CLAVE: 531.340.0169	ESPECIALIDAD (ES):	NEFROLOGÍA	SERVICIO (S):	HOSPITALIZACIÓN. UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
DEFINICIÓN CSG.	EQUIPO PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON FALLA RENAL O CON OTROS PADECIMIENTOS QUE REQUIERAN DESINTOXICACIÓN SANGUÍNEA Y ELIMINACIÓN DE EXCESO DE LÍQUIDOS DEL ORGANISMO (ULTRAFILTRACIÓN) PARA USO EN NEONATO, PEDIÁTRICO Y ADULTO A TRAVÉS DE TERAPIAS DIALÍTICAS.			

DESCRIPCIÓN	PROPUESTA DEL LICITANTE
EQUIPO PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON FALLA RENAL O CON OTROS PADECIMIENTOS QUE REQUIERAN DESINTOXICACIÓN SANGUÍNEA Y ELIMINACIÓN DE EXCESO DE LÍQUIDOS DEL ORGANISMO (ULTRAFILTRACIÓN) PARA USO EN NEONATO, PEDIÁTRICO Y ADULTO A TRAVÉS DE TERAPIAS DIALÍTICAS.	EQUIPO PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON FALLA RENAL O CON OTROS PADECIMIENTOS QUE REQUIERAN DESINTOXICACIÓN SANGUÍNEA Y ELIMINACIÓN DE EXCESO DE LÍQUIDOS DEL ORGANISMO (ULTRAFILTRACIÓN) PARA USO EN NEONATO, PEDIÁTRICO Y ADULTO A TRAVÉS DE TERAPIAS DIALÍTICAS. **SE OFERTA:** SE OFERTA: MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS 4008S V10 MARCA: FRESENIUS MEDICAL CARE MODELO: 4008S V10 CÓDIGO: M204001 REGISTRO SANITARIO 2009E2011SSA REFERENCIAS: FOLLETO MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS 4008S V10 REFERENCIAS: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) REFERENCIAS: HDMAS MANUAL DE USO
1.- MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS CON TECNOLOGÍA BASADA EN MICROPROCESADORES.	1.- MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS MARCA FRESENIUS MEDICAL CARE MODELO 4008S V10 CON TECNOLOGÍA BASADA EN MICROPROCESADORES.

	REFERENCIA: FOLLETO MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS 4008S V10 PÁGINA: 2
2. CON CAPACIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE DATOS A TRAVÉS DE UN SISTEMA DE CÓMPUTO.	2.- CON CAPACIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE DATOS A TRAVÉS DE UN SISTEMA DE CÓMPUTO (SISTEMA DE INFORMACIÓN) REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA ARCHIVO 359 | MANUAL 14-25 REFERENCIA: HEMO HL7 MANUAL DE USUARIO PÁGINA 7, 9, 24, 26, 53
3.- QUE TRABAJE CON BICARBONATO EN POLVO, CARTUCHO O EN SOLUCIÓN (PARA USO NO PARENTERAL).	3.- QUE TRABAJE CON BICARBONATO EN POLVO, CARTUCHO O EN SOLUCIÓN (PARA USO NO PARENTERAL). REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 66, 251 | MANUAL 4-6, 7-7
4.- CON CONTROL DE PARÁMETROS DE:	4.- CON CONTROL DE PARÁMETROS DE:
4.1.- TEMPERATURA DEL LÍQUIDO DIALIZANTE DENTRO DEL RANGO DE 35 A 38 GRADOS CENTÍGRADOS.	4.1.- TEMPERATURA DEL LÍQUIDO DIALIZANTE DE 35 A 39 GRADOS CENTÍGRADOS. REFERENCIA: FOLLETO MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS 4008S V10 PÁGINA: 3 REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 322| MANUAL 12-14
4.2.- FLUJO DEL LÍQUIDO DIALIZANTE DENTRO DEL RANGO DE 300 A 800 ML/MIN O MAYOR.	4.2.- FLUJO DEL LÍQUIDO DIALIZANTE DENTRO DEL RANGO DE 300 A 800 ML/MIN. REFERENCIA: FOLLETO MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS 4008S V10 PÁGINA: 3

	REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 322 | MANUAL 12-14
4.3.- FLUJO DE SANGRE DENTRO DEL RANGO DE 15 ML/MIN A 500 ML/MIN.	4.3.- FLUJO DE SANGRE DENTRO DEL RANGO DE 15 ML/MIN A 600 ML/MIN. REFERENCIA: FOLLETO MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS 4008S V10 PÁGINA: 3 REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 323| MANUAL 12-15
4.4.- NIVEL DE BICARBONATO PROGRAMABLE (PARCIAL O PERFIL DE BICARBONATO) DURANTE EL PROCESO DE HEMODIÁLISIS DENTRO DEL RANGO 28 A 40 MEQ/L O 28 A 40 MMOL/L O 2.4 A 4 MS/CM.	4.4.- NIVEL DE BICARBONATO PROGRAMABLE (PARCIAL O PERFIL DE BICARBONATO) DURANTE EL PROCESO DE HEMODIÁLISIS DENTRO DEL RANGO 28 A 40 MEQ/L O 28 A 40 MMOL/L O 2.4 A 4 MS/CM. REFERENCIA: FOLLETO MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS 4008S V10 PÁGINA: 3 REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 321 | MANUAL 12-13
4.5.- NIVEL DE SODIO PROGRAMABLE DURANTE EL PROCESO DE LA HEMODIÁLISIS DENTRO DEL RANGO DE 130 A 150 MEQ/L Ó 130 A 150 MMOL/L O 12.8 A 15.7 MS/CM.	4.5.- NIVEL DE SODIO PROGRAMABLE DURANTE EL PROCESO DE LA HEMODIÁLISIS DENTRO DEL RANGO DE 125 A 150 MEQ/L. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 321 | MANUAL 12-13 REFERENCIA: FOLLETO MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS 4008S V10 PÁGINA: 3

4.6.- SISTEMA DE CONTROL DE LA ULTRAFILTRACIÓN CON TASA DENTRO DEL RANGO DE 0.0 A 3 L/H O DE 0.0 A 3KG /H.	4.6.- SISTEMA DE CONTROL DE LA ULTRAFILTRACIÓN CON TASA DENTRO DEL RANGO DE 0.0 A 4 L/H. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 320 | MANUAL '12-12 REFERENCIA: FOLLETO MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS 4008S V10 PÁGINA: 3
4.7.- SISTEMA INTEGRADO DE INFUSIÓN PARA ANTICOAGULACIÓN (BOMBA DE HEPARINA DE 0.5 ML/H A 5 ML/H). CON UN FLUJO DE INFUSIÓN DENTRO DEL RANGO DE 0.1 ML A 9.9 ML/H EN INCREMENTOS DE 0.1 ML/H.	4.7.- SISTEMA INTEGRADO DE INFUSIÓN PARA ANTICOAGULACIÓN (BOMBA DE HEPARINA DE 0.5 ML/H A 5 ML/H). CON UN FLUJO DE INFUSIÓN DENTRO DEL RANGO DE 0.1 ML A 10 ML/H EN INCREMENTOS DE 0.1 ML/H. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 112, 324 | MANUAL '4-52 Y 12-16 REFERENCIA: FOLLETO MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS 4008S V10 PÁGINA: 3
5.- QUE CUENTE DENTRO DEL SISTEMA CON ALARMAS CRÍTICAS:	5- QUE CUENTE DENTRO DEL SISTEMA CON ALARMAS CRÍTICAS:
5.1.- PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA.	5.1.- PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 341, 344, 345 | MANUAL ' 14-7, 14-10 Y 14-11
5.2.- DETECTOR DE AIRE	5.2.- DETECTOR DE AIRE REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 188 | MANUAL 5-20
5.3.- DETECTOR DE FUGAS SANGUÍNEAS	5.3.- DETECTOR DE FUGAS SANGUÍNEAS

	REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) ARCHIVO 186 | MANUAL PÁGINA: '5-18
6.- PANTALLA LCD O PLASMA O TECNOLOGÍA SUPERIOR INTEGRADA A LA MÁQUINA.	6.- PANTALLA LCD INTEGRADA A LA MÁQUINA REFERENCIA: FOLLETO MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS 4008S V10 PÁGINA: 1 Y 2 REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) ARCHIVO 17, 37, 38 PÁGINA: |MANUAL ' 2-3, 3-3 Y 3-4
7.- CON CAPACIDAD DE INGRESAR AL MENOS TRES TIPOS DE PERFILES DE SODIO.	7.- CON CAPACIDAD DE INGRESAR SEIS TIPOS DE PERFILES DE SODIO. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) ARCHIVO 121, 122| PÁGINA: MANUAL 4-61, 4-62
8.- CON DESPLIEGUE EN PANTALLA DE:	8.- CON DESPLIEGUE EN PANTALLA DE:
8.1.- PRESIÓN ARTERIAL DEL CIRCUITO.	8.1.- PRESIÓN ARTERIAL DEL CIRCUITO. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) ARCHIVO 38 | MANUAL PÁGINA: 3-4
8.2.- PRESIÓN VENOSA DEL CIRCUITO.	8.2.- PRESIÓN VENOSA DEL CIRCUITO. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) ARCHIVO 38 | MANUAL PÁGINA: 3-4
8.3.- PRESIÓN TRANSMEMBRANA.	8.3.- PRESIÓN TRANSMEMBRANA.

	REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) ARCHIVO 38 | MANUAL 3-4 PÁGINA:
8.4.- FLUJO DE LÍQUIDO DIALIZANTE.	8.4.- FLUJO DE LÍQUIDO DIALIZANTE. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) ARCHIVO 50 | MANUAL 3-16 PÁGINA:
8.5.- FLUJO DE SANGRE.	8.5.- FLUJO DE SANGRE (EFECTIVO) REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) ARCHIVO 273, 49, 52 | MANUAL 7-29, 3-15, 3-18 PÁGINA:
8.6.- TASA DE INFUSIÓN DE HEPARINA.	8.6.- TASA DE INFUSIÓN DE HEPARINA. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) ARCHIVO 82, 43 | MANUAL 4-22, 3-9 PÁGINA:
8.7.- TASA DE ULTRAFILTRACIÓN.	8.7.- TASA DE ULTRAFILTRACIÓN. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) ARCHIVO 52 | MANUAL 3-18 PÁGINA:
8.8.- CONDUCTIVIDAD DEL DIALIZANTE.	8.8.- CONDUCTIVIDAD DEL DIALIZANTE. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) ARCHIVO 37, 38, 54 | MANUAL 3-3, 3-4 Y 3-20 PÁGINA:

8.9.- VOLUMEN DE SANGRE PROCESADA.	8.9.- VOLUMEN DE SANGRE PROCESADA (VOL ACUMULADO) REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 49, 57, 273 | MANUAL 3-15, 3-23, 7-29
8.10.- TEMPERATURA DEL LÍQUIDO DIALIZANTE.	8.10.- TEMPERATURA DEL LÍQUIDO DIALIZANTE. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 101, 48 | MANUAL 4-41, 3-14
8.11.- PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA DEL PACIENTE (SISTÓLICA Y DIASTÓLICA), FRECUENCIA CARDIACA.	8.11.- PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA DEL PACIENTE (SISTÓLICA Y DIASTÓLICA), FRECUENCIA CARDIACA (PULSO) Y PRESIÓN ARTERIAL MEDIA (PAM) REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 344| MANUAL 14-10
8.12.- TIEMPO TRANSCURRIDO O RESTANTE DE DIÁLISIS	8.12.- TIEMPO TRANSCURRIDO O RESTANTE DE DIÁLISIS REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 57, 273| MANUAL 3-23 Y 7-29
8.13.- VOLUMEN DE ULTRAFILTRACIÓN CONSEGUIDO.	8.13.- VOLUMEN DE ULTRAFILTRACIÓN CONSEGUIDO (YA EXTRAÍDO) REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 52 | MANUAL 3-18
9.- CON SISTEMA DE ALARMAS AUDIBLES Y VISIBLES DE:	9.- CON SISTEMA DE ALARMAS AUDIBLES Y VISIBLES DE.
9.1.- PRESIÓN ARTERIAL DEL CIRCUITO.	9.1.- PRESIÓN ARTERIAL DEL CIRCUITO.

	REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) ARCHIVO 176, 180 | PÁGINA: MANUAL 5-8, 5-12
9.2.- PRESIÓN VENOSA DEL CIRCUITO.	9.2.- PRESIÓN VENOSA DEL CIRCUITO. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) ARCHIVO 176, 182 | PÁGINA: MANUAL 5-8, 5-14
9.3.- PRESIÓN TRANSMEMBRANA.	9.3.- PRESIÓN TRANSMEMBRANA. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) ARCHIVO 176, 183 | PÁGINA: MANUAL 5-8, 5-15
9.4.- FLUJO DEL LÍQUIDO DIALIZANTE.	9.4.- FLUJO DEL LÍQUIDO DIALIZANTE. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) ARCHIVO 194 | MANUAL 5-26
9.5.- FLUJO DE SANGRE.	9.5.- FLUJO DE SANGRE. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) ARCHIVO 187 | MANUAL 5-19
9.6.- ULTRAFILTRACIÓN.	9.6.- ULTRAFILTRACIÓN. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) ARCHIVO 103, 210 | PÁGINA: MANUAL 4-43, 5-42

9.7.- CONDUCTIVIDAD.	9.7.- CONDUCTIVIDAD. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 194 | MANUAL 5-26
9.8.- TEMPERATURA DEL LÍQUIDO DIALIZANTE.	9.8.- TEMPERATURA DEL LÍQUIDO DIALIZANTE. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 195 | MANUAL 5-27
9.9.- DETECTOR DE FUGAS SANGUÍNEAS.	9.9.- DETECTOR DE FUGAS SANGUÍNEAS. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 181, 186 | MANUAL 5-13, 5-18
9.10.- DETECTOR DE AIRE.	9.10.- DETECTOR DE AIRE. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 183, 188 | MANUAL 5-15, 5-20
9.11.- FALLA EN EL SUMINISTRO DE AGUA.	9.11.- FALLA EN EL SUMINISTRO DE AGUA. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 196, 210 | MANUAL 5-28 Y 5-42
9.12.- FALLA EN EL SUMINISTRO DE ENERGÍA ELÉCTRICA.	9.12.- FALLA EN EL SUMINISTRO DE ENERGÍA ELÉCTRICA. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 209 | MANUAL 5-41

9.7.- CONDUCTIVIDAD.	9.7.- CONDUCTIVIDAD. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 194 | MANUAL 5-26
9.8.- TEMPERATURA DEL LÍQUIDO DIALIZANTE.	9.8.- TEMPERATURA DEL LÍQUIDO DIALIZANTE. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 195 | MANUAL 5-27
9.9.- DETECTOR DE FUGAS SANGUÍNEAS.	9.9.- DETECTOR DE FUGAS SANGUÍNEAS. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 181, 186 | MANUAL 5-13, 5-18
9.10.- DETECTOR DE AIRE.	9.10.- DETECTOR DE AIRE. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 183, 188 | MANUAL 5-15, 5-20
9.11.- FALLA EN EL SUMINISTRO DE AGUA.	9.11.- FALLA EN EL SUMINISTRO DE AGUA. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 196, 210 | MANUAL 5-28 Y 5-42
9.12.- FALLA EN EL SUMINISTRO DE ENERGÍA ELÉCTRICA.	9.12.- FALLA EN EL SUMINISTRO DE ENERGÍA ELÉCTRICA. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 209 | MANUAL 5-41

9.13.- PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA.	9.13.- PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 344, 345 | MANUAL 14-10, 14-11
10.- CON SISTEMA AUTOMÁTICO PARA DESINFECCIÓN QUÍMICA.	10.- CON SISTEMA AUTOMÁTICO PARA DESINFECCIÓN QUÍMICA. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 222, 319 | MANUAL 6-6, 12-11
11.- CON SISTEMA AUTOMÁTICO PARA REMOCIÓN DE SALES Y/O SISTEMA AUTOMATICO DE DESINFECCIÓN TERMICA.	11.- CON SISTEMA AUTOMÁTICO PARA REMOCIÓN DE SALES Y/O SISTEMA AUTOMÁTICO DE DESINFECCIÓN TÉRMICA. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 319, 322| MANUAL 12-11 Y 12-14
12.- GABINETE CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS: SUPERFICIES DE MATERIAL LAVABLE, CON BASE RODABLE, CON SISTEMA DE FRENOS.	12.- GABINETE CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS: SUPERFICIES DE MATERIAL LAVABLE, CON BASE RODABLE, CON SISTEMA DE FRENOS. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 35, 220, 300 | MANUAL 3-1, 6-4 Y 10-2
13.- CAPACIDAD PARA GUARDAR LA INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO EN CASO DE FALLA DE ENERGÍA ELÉCTRICA.	13.- CAPACIDAD PARA GUARDAR LA INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO EN CASO DE FALLA DE ENERGÍA ELÉCTRICA. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO)

	PÁGINA: ARCHIVO 203 | MANUAL 5-35
14.- CON CAPACIDAD PARA REALIZAR EL RETORNO SANGUÍNEO EN FORMA MANUAL EN CASO DE FALLA ELÉCTRICA.	14.- CON CAPACIDAD PARA REALIZAR EL RETORNO SANGUÍNEO EN FORMA MANUAL EN CASO DE FALLA ELÉCTRICA. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 204, 205 | MANUAL 5-36 Y 5-37
ACCESORIOS	ACCESORIOS
LAS UNIDADES MÉDICAS LOS SELECCIONARÁN DE ACUERDO A SUS NECESIDADES, ASEGURANDO SU COMPATIBILIDAD CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO.	LAS UNIDADES MÉDICAS LOS SELECCIONARÁN DE ACUERDO A SUS NECESIDADES, ASEGURANDO SU COMPATIBILIDAD CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO.
CONSUMIBLES:	CONSUMIBLES:
SOLUCIONES PARA HEMODIÁLISIS: CON CONCENTRACIONES VARIABLES DE CALCIO Y POTASIO SEGÚN REQUERIMIENTOS DEL USUARIO. BICARBONATO DE SODIO PARA PREPARACIÓN MANUAL O AUTOMÁTICA (PARA USO NO PARENTERAL). LÍNEAS ARTERIAL Y VENOSA CON PROTECTOR DE TRANSDUCTOR DE PRESIÓN, DESECHABLE Y ADAPTABLE O INTEGRADO A LAS LÍNEAS ARTERIAL Y VENOSA (NEONATAL, PEDIÁTRICA, ADULTO). AGUJAS PARA PUNCIÓN DE FÍSTULA ARTERIO-VENOSA. FILTROS PARA HEMODIÁLISIS O HEMODIALIZADORES A PARTIR DE 0.2 M2 DE CUALQUIER MATERIAL SINTÉTICO. LÍQUIDO DESINFECTANTE Y DESINCRUSTANTE SEGÚN SEA EL CASO. LAS CANTIDADES SERÁN DETERMINADAS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES OPERATIVAS DE LAS UNIDADES MÉDICAS, ASEGURANDO COMPATIBILIDAD PARA LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO.	SE OFERTAN CONSUMIBLES RELACIONADOS AL ANEXO T 2 (T-DOS) Licitación Pública Electrónica Nacional LA-50-GYR-050GYR024-N-11-2026 CONTRATACIÓN SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA HGZ 58, 194, 252 y HGR 220, 251 ENERO-JUNIO 2026
ACCESORIOS OPCIONALES	ACCESORIOS OPCIONALES
MONITOR DE KT/V	NUESTRO EQUIPO CUENTA CON MONITOR PARA MEDICIÓN DE KT/V EN LÍNEA. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE

	PÁGINA: HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) ARCHIVO 167, 203 | MANUAL 4-107, 5-35
COMPUTADORA CON SOFTWARE DE HEMODIÁLISIS PARA OBTENCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE DATOS. IMPRESORA.	SE OFERTA EQUIPO DE COMPUTO Y SOFTWARE PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA ETIMSS 5640-023-004
IMPRESORA.	SE OFERTA IMPRESORA PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA ETIMSS 5640-023-004
SISTEMA DE PREPARACIÓN EN LÍNEA DEL BICARBONATO	SE OFERTA SISTEMA DE PREPARACIÓN EN LÍNEA DEL BICARBONATO BIBAG® REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO 250, 290, 67 | MANUAL 4-7, 7-6, 9-6
MONITOR DE NIVELES DE HEMATOCRITO.	NO SE OFERTA
MONITOREO EN TIEMPO REAL DE ACLARAMIENTO DE LA UREA.	MONITOREO EN TIEMPO REAL DE ACLARAMIENTO DE LA UREA. (KT/V EN LÍNEA). REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO: 167, 258 | MANUAL 4-107, 7-14
REFACCIONES:	**REFACCIONES:**
SEGÚN MARCA Y MODELO.	SEGÚN MARCA Y MODELO.
LAS UNIDADES MÉDICAS LOS SELECCIONARÁN DE ACUERDO A SUS NECESIDADES, ASEGURANDO SU COMPATIBILIDAD CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO.	LAS UNIDADES MÉDICAS LOS SELECCIONARÁN DE ACUERDO A SUS NECESIDADES, ASEGURANDO SU COMPATIBILIDAD CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO.
INSTALACIÓN	**INSTALACIÓN:**
CORRIENTE ELÉCTRICA DE 120V ±10% O 220V ±10% / 60 HZ, TIERRA FÍSICA.	CORRIENTE ELÉCTRICA DE 120V ±10% / 60 HZ, TIERRA FÍSICA. REFERENCIA: MANUAL 4008S MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (INSTRUCCIONES DE USO) PÁGINA: ARCHIVO: 310 | MANUAL 12-2
OPERACIÓN	**OPERACIÓN**

POR PERSONAL ESPECIALIZADO DE ACUERDO A LA NOM-003- SSA3-2010 Y MANUAL DE OPERACIÓN.	POR PERSONAL ESPECIALIZADO DE ACUERDO A LA NOM-003-SSA3-2010 Y MANUAL DE OPERACIÓN.
MANTENIMIENTO:	MANTENIMIENTO:
PREVENTIVO Y CORRECTIVO POR PERSONAL CALIFICADO Y CERTIFICADO POR PERSONAL AUTORIZADO POR EL FABRICANTE.	PREVENTIVO Y CORRECTIVO POR PERSONAL CALIFICADO Y CERTIFICADO POR PERSONAL AUTORIZADO DE FRESENIUS MEDICAL CARE.

NAUCALPAN DE JUÁREZ, ESTADO DE MÉXICO A 19 DE DICIEMBRE DEL 2025

ATENTAMENTE,

LUIS ISRAEL MEJÍA GRACIDA
APODERADO LEGAL
CENTRO DE ASISTENCIA RENAL, S.A. DE C.V

ANEXO TÉCNICO
"ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS"

A) LAS CARACTERÍSTICA DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS: SISTEMA DE HEMODIÁLISIS PARA USO EN NEONATO, PEDIÁTRICO Y ADULTO

B)

Metepec, Estado de México, a 19 de diciembre de 2025

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO
PRESENTE

NOMBRE GENERICO	**SISTEMA DE HEMODIALISIS PARA USO EN NEONATO, PEDIATRICO Y ADULTO**			
CLAVE: 531.340.0169	**ESPECIALIDAD (ES):**	**Nefrología**	**SERVICIO (S):**	**Hospitalización. Unidad de Hemodiálisis**
Definición CSG.	Equipo para el tratamiento de pacientes con falla renal o con otros padecimientos que requieran desintoxicación sanguínea y eliminación de exceso de líquidos del organismo (ultrafiltración) para uso en neonato, pediátrico y adulto a través de terapias dialíticas.			

Descripción	**Propuesta del Licitante**
Equipo para el tratamiento de pacientes con falla renal o con otros padecimientos que requieran desintoxicación sanguínea y eliminación de exceso de líquidos del organismo (ultrafiltración) para uso en neonato, pediátrico y adulto a través de terapias dialíticas.	Equipo para el tratamiento de pacientes con falla renal o con otros padecimientos que requieran desintoxicación sanguínea y eliminación de exceso de líquidos del organismo (ultrafiltración) para uso en neonato, pediátrico y adulto a través de terapias dialíticas.

Se oferta:	
Se oferta:	**Maquina de hemodialisis DIALOG+**
Marca:	**B-Braun**
Modelo:	**Dialog+ Evo Bicart**
Código:	**710200C**
Registro Sanitario	**2185E2012SSA**
Referencias:	**Manual de usuario Dialog+: Portada, Pag 1**

1.- Máquina de hemodiálisis con tecnología basada en microprocesadores.	1.- Máquina de Hemodiálisis Marca B-Braun con tecnología basada en microprocesadores. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: Portada, 15-10
2. Con capacidad de administración de datos a través de un sistema de cómputo.	2.- Con capacidad de administración de datos a través de un sistema de cómputo (Sistema de Información) Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 10-39
3.- Que trabaje con bicarbonato en polvo, cartucho o en solución (para uso no parenteral.)	3.- Que trabaje con bicarbonato en polvo, cartucho o en solución (para uso no parenteral). Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 2-4, 2-23, 4-9, 4.19
4.- Con control de parámetros de:	**4.- Con control de parámetros de:**
4.1.- Temperatura del líquido dializante dentro del rango de 35 a 38 grados centígrados.	4.1.- Temperatura del líquido dializante dentro del rango de 35 a 39 grados centígrados. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 4-19
4.2.- Flujo del líquido dializante dentro del rango de 300 a 800 ml/min o mayor.	4.2.- Flujo del líquido dializante dentro del rango de 300 a 800 ml/min. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 4-19
4.3.- Flujo de sangre dentro del rango de 15 ml/min a 500 ml/min.	4.3.- Flujo de sangre dentro del rango de 15 ml/min a 500 ml/min. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 4-10, 10-21

4.4.- Nivel de bicarbonato programable (parcial o perfil de bicarbonato) durante el proceso de hemodiálisis dentro del rango 28 a 40 mEq/l o 28 a 40 mmol/l o 2.4 a 4 ms/cm.	4.4.- Nivel de bicarbonato programable (parcial o perfil de bicarbonato) durante el proceso de hemodiálisis dentro del rango 28 a 40 mEq/l o 28 a 40 mmol/l o 2.4 a 4 ms/cm. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 4-19
4.5.- Nivel de sodio programable durante el proceso de la hemodiálisis dentro del rango de 130 a 150 mEq/l ó 130 a 150 mmol/l o 12.8 a 15.7 ms/cm.	4.5.-Nivel de sodio programable durante el proceso de la hemodiálisis dentro del rango de 125 a 150 mEq/1. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 4-19
4.6.- Sistema de control de la ultrafiltración con tasa dentro del rango de O. O a 3 l/h o de O.O a 3kg /h.	4.6.- Sistema de control de la ultrafiltración con tasa dentro del rango de O. O a 4 l /h. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 4-21, 4-22
4.7.- Sistema integrado de infusión para anticoagulación (bomba de heparina de 0.5 ml/h a 5 ml/h). Con un flujo de infusión dentro del rango de 0.1 ml a 9.9 ml/h en incremetos de 0.1 ml/h .	4.7.- Sistema integrado de infusión para anticoagulación (bomba de heparina 0.5 ml/h a 5 ml/h). Con un flujo de infusión dentro del rango de 0.1 ml a 10 ml/h en incremetos de 0.1 ml/h. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 4-16, 4-26
5.- Que cuente dentro del sistema con alarmas críticas:	**5- Que cuente dentro del sistema con alarmas críticas:**
5.1.- Presión arterial no invasiva	5.1.- Presión arterial no invasiva. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 4-24, 4-25
5.2.- Detector de aire	5.2.- Detector de aire Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 5-5, 15-9

5.3.- Detector de fugas sanguíneas	5.3.- Detector de fugas sanguíneas Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-12
6.- Pantalla LCD o plasma o tecnología superior integrada a la	6.- Pantalla LCD o plasma o tecnología superior integrada a la Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 2-6, 2-12
7.- Con capacidad de ingresar al menos tres tipos de perfiles de sodio.	7.- Con capacidad de ingresar seis tipos de perfiles de sodio. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 11-9
8.- Con despliegue en pantalla de:	**8.- Con despliegue en pantalla de:**
8.1.- Presión arterial del circuito.	8.1.- Presión arterial del circuito. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 5-4
8.2.- Presión venosa del circuito.	8.2.- Presión venosa del circuito. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 5-4
8.3.- Presión transmembrana.	8.3.- Presión transmembrana Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 5-4
8.4.- Flujo de líquido dializante.	8.4.- Flujo de líquido dializante. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 4-19

8.5.- Flujo de sangre.	8.5.- Flujo de sangre (efectivo) Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 5-4
8.6.- Tasa de infusión de heparina.	8.6.- Tasa de infusión de heparina. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 2-14, 4-23
8.7.- Tasa de ultrafiltración.	8.7.- Tasa de ultrafiltración. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 11-11, 11-13
8.8.- Conductividad del dializante.	8.8.- Conductividad del dializante. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 4-19
8.9.- Volumen de sangre procesada.	8.9.- Volumen de sangre procesada (Vol acumulado) Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 6-6
8.10.- Temperatura del líquido dializante.	8.10.- Temperatura del líquido dializante. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 4-19
8.11.- Presión arterial no invasiva del paciente (sistólica y diastólica), frecuencia cardiaca.	8.11.- Presión arterial no invasiva del paciente (sistólica y diastóli ca), frecuencia cardiaca (pulso) y presión arterial media (PAM) Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 5-4

8.12.- Tiempo transcurrido o restante de diálisis	8.12.- Tiempo transcurrido o restante de diálisis Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 5-4
8.13.- Volumen de ultrafiltración conseguido.	8.13.- Volumende ultrafiltración conseguido (ya extraído) Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 10-12
9.- Con sistema de alarmas audibles y visibles de:	**9.- Con sistema de alarmas audibles y visibles de:**
9.1.- Presión arterial del circuito.	9.1.- Presión arterial del circuito. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-5
9.2.- Presión venosa del circuito.	9.2.- Presión venosa del circuito. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-3, 13-6
9.3.- Presión transmembrana.	9.3.- Presión transmembrana. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-12
9.4.- Flujo del líquido dializante.	9.4.- Flujo del líquido dializante. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-9
9.5.- Flujo de sangre.	9.5.- Flujo de sangre. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-20
9.6.- Ultrafiltración.	9.6.- Ultrafiltración.

	Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-12
9.7.- Conductividad.	9.7.- Conductividad. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-10
9.8.- Temperatura del líquido dializante.	9.8.- Temperatura del líquido dializante. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-9
9.9.- Detector de fugas sanguíneas.	9.9.- Detector de fugas sanguíneas. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-12
9.10.- Detector de aire.	9.10.- Detector de aire. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-7
9.11.- Falla en el suministro de agua.	9.11.- Falla en el suministro de agua. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-9
9.12.- Falla en el suministro de energía eléctrica.	9.12.- Falla en el suministro de energía eléctrica. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-13
9.13.- Presión arterial no invasiva.	9.13.- Presión arterial no invasiva. Referencia: M Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-5

10.- Con sistema automático para desinfección química.	10.- Con sistema automático para desinfección química. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 7-11, 15-8
11.- Con sistema automático para remoción de sales y/o sistema automatico de desinfección termica.	11.- Con sistema automático para remoción de sales y/o sistema automatico de desinfección termica. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 7-14
12.- Gabinete con las siguientes características: superficies de material lavable, con base rodable, con sistema de frenos.	12.- Gabinete con las siguientes características: superficies de material lavable, con base rodable, con sistema de frenos. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 2-4, 3-4, 15-3
13.- Capacidad para guardar la información del tratamiento en caso de falla de energía eléctrica.	13.- Capacidad para guardar la información del tratamiento en caso de falla de energía eléctrica. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 10-37
14.- Con capacidad para realizar el retorno sanguíneo en forma manual en caso de falla eléctrica.	14.- Con capacidad para realizar el retorno sanguíneo en forma manual en caso de falla eléctrica. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-23
ACCESORIOS	**ACCESORIOS**
Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo	Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
CONSUMIBLES	**CONSUMIBLES**

Soluciones para hemodiálisis: con concentraciones variables de calcio y potasio según requerimientosdel usuario. Bicarbonato de sodio para preparación manual o automática (para uso no parenteral.). Líneas arterial y venosa con protector de transductor de presión, desechable y adaptable o integrado a las líneas arterial y venosa (neonatal, pediátrica, adulto). Agujas para punción de fistula arterio-venosa. Filtros para hemodiálisis o hemodializadores a partir de 0.2 m2 de cualquier material sintético. Líquido desinfectante y desincrustante según sea el caso.Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo.	Se ofertan consumibles para la Licitación Pública Electrónica Nacional **No. LA-50-GYR-050GYR024-N-11-2026, para la contratación del Servicio Médico Integral de Hemodiálisis Subrogada.**
ACCESORIOS OPCIONALES	**ACCESORIOS OPCIONALES**
Monitor de Kt/V	Nuestro equipo cuenta con monitor para medición de Kt/V en línea. No se oferta por ser de carácter opcional
Computadora con software de hemodialisis para obtencion y administración de datos. Impresora	Computadora con sofware de hemodiálisis para obtención y administración de datos, Equipo de acuerdo al requerimiento de la ETIMSS 5640-023-004, compatible con el sistema informático de mensajeria HL7
Impresora	Impresora, Se instalará equipo de acuerdo al requerimiento de la ETIMSS5640-023-004, compatible con el sistema informático de mensajeria HL7
Sistema de preparación en línea del bicarbonato	Sistema de preparación en línea del bicarbonato Referencia: Folleto B-Braun Avitium Página: 2-4
Monitor de niveles de hematocrito.	Monitor de niveles de hematocrito Referencia: No se oferta por ser de Página carácter opcional
Monitoreo en tiempo real de aclaramiento de la urea.	Monitoreo en tiempo real de aclaramiento de la urea. (KW en línea).

	Referencia: / Página: — No se oferta por ser de carácter opcional
REFACCIONES:	**REFACCIONES:**
Según marca y modelo.	Según marca y modelo.
Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo	Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo
INSTALACIÓN:	**INSTALACIÓN:**
Corriente eléctrica de 120V +/- 10% o 220V/60 Hz, tierra física.	Corriente eléctrica de 120V +/- 10% o 220V/60 Hz, tierra Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 15-3
OPERACIÓN:	**OPERACIÓN:**
Por personal especializado de acuerdo a la NOM-003- SSA3-2010 y manual de operación	Por personal especializado de acuerdo a la NOM-003-SSA3-2010 y manual de operación.
MANTENIMIENTO	**MANTENIMIENTO**
Preventivo y correctivo por personal calificado y certificado por personal autorizado por el fabricante.	Preventivo y correctivo por personal calificado y certificado por personal autorizado de B-Braun.

ATENTAMENTE

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ
REPRESENTANTE LEGAL
SERVICIOS MEDICOS Y DE EQUIPAMIENTO, S.A. DE C.V.

Anexo T 2 (T-dos)

B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES

Metepec, Estado de México, a 19 de diciembre de 2025

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO
PRESENTE

NOMBRE GENÉRICO	**UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES**			
CLAVE: 531.340.0227	**ESPECIALIDAD (ES)**	**Nefrología**	**SERICIO(S)**	**Unidad de Hemodiálisis**
DEFINICIÓN CSG:	Equipo automático para lavar, desinfectar y reprocesar filtros para hemodiálisis			

Descrpción:	**Propuesta del Licitante:**
Equipo automático para lavar, desinfectar y reprocesar filtros para hemodiálisis.	Equipo automático para lavar, desinfectar y reprocesar filtros para hemodiálisis. **Registro sanitario: 0584E2018 SSA** **Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 4**
1.- Equipo automático para lavar, desinfectar y reprocesar filtros para hemodiálisis.	1.- Equipo automático para lavar, desinfectar y reprocesar filtros para hemodiálisis. **Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 4**
2.- Con interfase para conectar a una computadora, para el control y manejo de datos del dializador.	2.- Con interfase para conectar a una computadora, para el control y manejo de datos del dializador. **Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 15**
3.- Con software para generación de código de barras.	3.- Con software para generación de código de barras. **Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 21**
4.- Con pruebas de presión y volumen.	4.- Con pruebas de presión y volumen **Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 22**
5.- Con capacidad para seleccionar varios programas de limpieza (estándar, altos flujos y alta eficiencia).	5.- Con capacidad para seleccionar varios programas de limpieza (estándar, altos flujos y alta eficiencia). **Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 18**

6.- Para usarse exclusivamente con agua grado hemodiálisis de acuerdo a lo indicado en la NOM- 003-SSA3-2010.	6.- Para usarse exclusivamente con agua grado hemodiálisis de acuerdo a lo indicado en la NOM-003-SSA3-2010. **Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 8**
7.- Con alarmas audibles y visuales para falla de volumen y presión del dializador y suministro de agua al equipo.	7.- Con alarmas audibles y visuales para falla de volumen y presión del dializador y suministro de agua al equipo. **Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 4**
8.- Impresora de etiquetas para un mejor control de los dializadores	8.- Impresora de etiquetas para un mejor control de los dializadores **Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 15**
9.- Lector de código de barras.	9.- Lector de código de barras. **Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 4, 24**
ACCESORIOS:	ACCESORIOS:
1.- Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.	1.- Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
REFACCIONES:	REFACCIONES:
1.- Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. Según marca y modelo.	1.- Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. Según marca y modelo.
ACCESORIOS OPCIONALES:	ACCESORIOS OPCIONALES:
1.- Capacidad de conectarse a 4 estaciones. 2.- Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo	Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
CONSUMIBLES:	CONSUMIBLES:
Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo Liquido desinfectante concentrado sin formaldehido para reprocesamiento de dializadores Etiquetas autoadheribles para identificación del dializador Tiras reactivas para determinar la presencia y/o ausencia del desinfectante utilizado en el sistema de reprocesamiento de dializadores Conectores reusables para adaptación de los puertos del dializador (opcional de acuerdo a marca y modelo).	Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo Liquido desinfectante concentrado sin formaldehido para reprocesamiento de dializadores Etiquetas autoadheribles para identificación del dializador Tiras reactivas para determinar la presencia y/o ausencia del desinfectante utilizado en el sistema de reprocesamiento de dializadores Conectores reusables para adaptación de los puertos

Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo.	del dializador (opcional de acuerdo a marca y modelo). Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo.
INSTALACIÓN:	INSTALACIÓN:
Corriente eléctrica 120 V+/- 10%/ 60Hz Toma de agua grado hemodiálisis de acuerdo a la NOM-003-SSA3-2010 Sistema de drenaje	Corriente eléctrica 120 V+/- 10%/ 60Hz **Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 7** Toma de agua grado hemodiálisis de acuerdo a la NOM-003-SSA3-2010 **Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 3** Sistema de drenaje **Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 9**
OPERACIÓN	OPERACIÓN
Personal especializado y de acuerdo al manual de operación	Personal especializado y de acuerdo al manual de operación
MANTENIMIENTO	MANTENIMIENTO
Preventivo y correctivo por personal calificado	Preventivo y correctivo por personal calificado

ATENTAMENTE

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ
REPRESENTANTE LEGAL
SERVICIOS MEDICOS Y DE EQUIPAMIENTO, S.A. DE C.V.

Anexo T 2 (T-dos)

C)BIENES DE CONSUMO PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO

Metepec, Estado de México, a 19 de diciembre de 2025

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO
PRESENTE

NO.	Descripción	Propuesta del Licitante
1	Filtro para hemodiálisis o dializadores de membrana sintética y/o celulosa modificada de 0.4 m2 hasta 2.0 m2.	Filtro para hemodiálisis o dializadores de membrana sintética y/o celulosa modificada de 0.4 m2 hasta 2.0 m2. **Oferta** **HI PS 8, Superficie 0.8 m2. HI PS 10, Superficie 1.0 m2. HI PS 12, Superficie 1.2 m2. HI PS 16, Superficie 1.5 m2. HI PS 18, Superficie 1.8 m2. HI PS 20, Superficie 2.0 m2.** Referencia: **Folleto Avitum.** Marca: **BBraun.** Registro Sanitario: **1561E96 SSA** Modelos: **Diacap Pro.** **LO PS 10, Superficie 1.0 m^2. LO PS 12, Superficie 1.2 m^2.** **LO PS 16, Superficie 1.5 m^2. LO PS 18, Superficie 1.8 m^2.** **LO PS 20, Superficie 2.0 m^2.** Referencia: **Folleto Avitum.** Marca: **BBraun.** Registro Sanitario: **1561E96 SSA** Modelos: **Diacap Pro.** **No de Pág: 9, 10 y 11.** **Dializador Helixone®HF Clase-FX Paed, superficie 0.2 m2** **Referencia: Folleto "FX paed"** **Marca: Fresenius** **Modelo: Helixone®HF Clase-FX Paed** **Registro Sanitario: 2524C2002 SSA** **No de Pág: 1,2**

NO.	Descripción	Propuesta del Licitante
2	Juego de líneas arterial y venosa, desechable, estéril, con conectores, con o sin protectores de transductor de	**Juego de líneas arterial y venosa**, desechable, estéril, con conectores, con o sin protectores de transductor de presión, compatible con la máquina de hemodiálisis Dialog+ B-Braun, con diferentes volúmenes de cebado para adulto y pediátrico.

	presión, compatible con la máquina de hemodiálisis de la marca correspondiente, con diferentes volúmenes de cebado para adulto y pediátrico.	**Oferta** **Referencia: Folleto Avitum.** **Marca: BBraun.** **Modelo: Sistemas A/V. 7036604** **Registro Sanitario: 1546C2021 SSA** **Refencia: Folleto Avitum. No de Pág: 13.**

NO.	Descripción	Propuesta del Licitante
3	Acido en solución líquidos concentrados para hemodiálisis de acuerdo a marca y modelo de la maquina con variabilidad en concentración de potasio de 0 a 2.0 y calcio de 2.5 ao 3.5 mEq/L	Ácido en solución líquidos concentrados para hemodialisis con variabilidad en concentración de potasio de 0 o 2.0 y clacio de 2.5 o 3.5 mEq/L compatible con la Maquina de Hemodialaisis Dialog+ B-Braun
		Oferta **Referencia: Folleto Pisa.** **Marca: Laboratorios Pisa** **Modelo: Solución HM** **Registro Sanitario: 573M95 SSA** **Referencia: Folleto Pisa**

NO.	Descripción	Propuesta del Licitante
4	Bicarbonato de sodio en polvo o solución. Para uso no parenteral; para conductividad de acuerdo a la marca de la máquina; para ácido específico, presentación en paquete o bolsa que se adecue a la máquina propuesta.	Bicarbonato de sodio en polvo para hemodiálisis: Para uso no parenteral, y conductividad. Compatible con la Máquina de Hemodiálisis Dialog+ B-Braun, para ácido específico
		Oferta Referencia: **Folleto Avitum** Marca: **BBraun.** Modelos: **Sol-Cart B 650g.** Registro Sanitario: **2314C2009 SSA** Pagina: **Pág: 12.**

NO.	Descripción	Propuesta del Licitante
5	Cánula para punción de fístula arteriovenosa interna: consta de tubo de elastómero de silicón de 15 o 30 cm. de longitud, con obturador y adaptador luer lock, mariposa y aguja calibre 15 o 16 adulto y 16 o 17 g. pediátrico. y con orificio posterior al bisel; un lumen.	Cánula para punción de fístula arteriovenosa interna: consta de tubo de elastómero de silicón de 15 o 30 cm. de longitud, con obturador y adaptador luer lock, mariposa y aguja calibre 15 o 16 adulto y 16 o 17 g. pediátrico y con orificio posterior al bisel; un lumen. **Oferta** **Referencia: Folleto Avitum.** **Marca: BBraun.** **Registro Sanitario: 1752C2017 SSA** **Modelos: Agujas de Fistula. Diacan Pro.**

NO.	Descripción	Propuesta del Licitante
6	Material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter o fistula, según corresponda, conteniendo al menos: Material estéril para conexión de catéter: 2 pares de guantes 2 jeringas desechables 8 gasas 1 campo de tela absorbente Material estéril para desconexión de catéter: 1 par de guantes 6 gasas 2 tapones de Luer Lock para catéter.	Material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter o fistula, según corresponda, conteniendo al menos: **Oferta** **Material estéril para conexión de catéter:** **2 pares de guantes** Referencia: Registro Sanitario Guante de Látex Estéril y no Estéril para Exploración Dentilab Folleto: Catalogo Dentilab Marca: **Dentilab.** Modelos: **Guantes de látex para exploración.** Registro sanitario: **1246C98 SSA** **2 jeringas desechables** Referencia: Registro Sanitario Jeringa Estéril Desechable de Plástico DL Folleto: Jeringa Estéril y Desechable Marca: **Dentilab** Modelos: **Jeringa Estéril desechable de Plástico** Registro sanitario: **01166C09 SSA** **8 gasas** Referencia: Registro Sanitario Gasas y Vendas Protec Folleto: Deqasa Marca: **Protec.** Modelos: **0190871** Registro sanitario: **3309C2012 SSA**

	1 apósito especial para catéter Material estéril para conexión de fistula: 1 par de guantes 5 gasas 2 campos de tela absorbente Material estéril para desconexión de fistula: 1 par de guantes 6 gasas 2 apósitos circulares	**1 campo de tela absorbente.** Registro sanitario: **0422C2016 SSA** **Material estéril para desconexión de catéter:** **1 pares de guantes** Referencia: Registro Sanitario Guante de Látex Estéril y no Estéril para Exploración Dentilab Folleto: Catalogo Dentilab Marca: **Dentilab.** Modelos: **Guantes de látex para exploración.** Registro sanitario: **1246C98 SSA** **6 gasas** Referencia: Registro Sanitario Gasas y Vendas Protec Folleto: **Degasa** Marca: **Protec.** Modelos: **0190871** Registro sanitario: **3309C2012 SSA** **2 tapones de Luer Lock para catéter sin material antiséptico** Referencia: Registro sanitario Stopper B. Braun Marca: **B/Braun.** Modelos: **Cono y Tapón de Cierre** Registro sanitario: **1173C2014 SSA** **1 apósito especial para catéter Referencia:** Referencia: Registro Sanitario Hypafix/Hypafix Transparente. Folleto: **BSN** Marca: **BSN** Modelos: **71442-04, 71443-01, 71443-02** **Registro sanitario: 0991C2016 SSA** **Material estéril para conexión de fistula:** **1 pares de guantes** Referencia: Registro Sanitario Guante de Látex Estéril y no Estéril para Exploración Dentilab Folleto: Catalogo Dentilab Marca: **Dentilab.** Modelos: **Guantes de látex para exploración.** Registro sanitario: **1246C98 SSA**

		5 gasas Referencia: Registro Sanitario Gasas y Vendas Protec Folleto: **Degasa** Marca: **Protec.** Modelos: **0190871** Registro sanitario: **3309C2012 SSA** **2 campo de tela absorbente.** Registro sanitario: **0422C2016 SSA** **Material estéril para desconexión de fistula** **1 pares de guantes** Referencia: Registro Sanitario Guante de Látex Estéril y no Estéril para Exploración Dentilab Folleto: Catalogo Dentilab Marca: **Dentilab.** Modelos: **Guantes de látex para exploración.** Registro sanitario: **1246C98 SSA** **6 gasas** Referencia: Registro Sanitario Gasas y Vendas Protec Folleto: **Degasa** Marca: **Protec.** Modelos: **0190871** Registro sanitario: **3309C2012 SSA** **2 apósitos circulares** **Referencia:** Registro Sanitario Leukoplast Profesional Estandar Curas Folleto: **BSN** Marca: **BSN** Modelo: **7113900** Registro sanitario: **1559C2016SSA**

ATENTAMENTE

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ
REPRESENTANTE LEGAL
SERVICIOS MEDICOS Y DE EQUIPAMIENTO, S.A. DE C.V.

Anexo T 2 (T-dos)
D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL COMPENDIO NACIONAL DE INSUMOS PARA LA SALUD.

Metepec, Estado de México, a 19 de diciembre de 2025

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO
PRESENTE

No.	Descripción	Propuesta del licitante
1	Descripción (se describen para presentación de oferta técnica)	Descripción (se describen para presentación de oferta técnica)
2	060.345.0149 Para hemodiálisis, pediátrico. Inserción en subclavia, yugular o femoral, doble lumen. Contiene: Una cánula. Una jeringa de 5 ml. Una guía de acero inoxidable. Un catéter doble lumen calibre de 8 a 10 Fr, longitud 130 a 150 mm, con obturador, un dilatador y extensiones curvas. Tipo: Mahurkar. Estéril y desechable	060.345.0149 Para hemodiálisis, pediátrico Inserción en subclavia, yugular o femoral, doble lumen. Contiene: Una cánula Una jeringa de 5 ml Una guía de acero inoxidable. Un catéter doble lumen calibre de 8 a 10 fr, longitud 130 a 150 mm, con obturador, un dilatador y extensiones curvas. Tipo: mahurkar, estéril y desechable Jeringa de 5ml, marca DL Estéril y desechable Marca: **Covidien.** Modelo: **Mahurkar.** Folleto: **Folleto** **Covidien Mahurkar** Registro Sanitario: **0422C2011 SSA**
3	060.345.2301 Para hemodiálisis Adulto De Inserción en subclavia, yugular o femoral doble lumen, incluye: Una cánula. Una jeringa de 5 ml. Una guía de acero inoxidable. Un catéter doble lumen calibre de 11 a 12 Fr, longitud de 185 a 205 mm con obturador y un dilatador con extensiones curvas. Tipo: Mahurkar. Adulto. Estéril y desechable	060.345.2301 Para hemodiálisis. Adulto. De inserción en subclavia, yugular o femoral doble lumen, incluye: Una cánula Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero inoxidable. Un catéter doble lumen calibre de 11 a 12 fr, longitud de 185 a 205 mm con obturador y un dilatador con extensiones curvas. Tipo: Mahurkar, Adulto Estéril y desechable Jeringa de 5ml, marca DL Esteril y desechable **Marca: Covidien. Modelo:**

		Mahurkar. **Folleto: Folleto Covidien Mahurkar.**
4	060.166.0533 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño adulto. De doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetros internos de 1.80 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 2.0 mm a 3.20 mm en el lado venoso, con longitud de 31.5 a 37.0 cm, con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene: Catéter de doble lumen. Aguja introductora calibre 18 G. Introductor con camisa desprendible. Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección. Estéril y desechable	060.166.0533 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño adulto, De doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetros internos de 1.80 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 2.0 mm a 3.20 mm en el lado venoso, con longitud de 31.5 a 37.0 cm, con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene: Catéter de doble lumen. Aguja introductora calibre 18 g. Introductor con camisa desprendible. Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección. Tipo Permcath, estéril Jeringa de 5ml, marca DL Estéril y desechable **Marca: Covidien.** **Modelo: Permcath.** **Folleto: Folleto** **Covidien Permcath** Registro Sanitario: **0423C2011 SSA**
5	060.166.0541 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño pediátrico, de doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetro interno de 1.5 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 1.5 mm a 1.2 mm en el lado venoso, con longitud de 27.0 cm a 30.0 cm con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene: Catéter de doble lumen. Aguja introductora calibre 18 G. Introductor con camisa desprendible. Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección. Estéril y desechable.	060.166.0541 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño pediátrico, de doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetro interno de 1.5 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 1.5 mm a 1.2 mm en el lado venoso, con longitud de 27.0 cm a 30.0 cm con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene: Catéter de doble lumen. Aguja introductora calibre 18 g. Introductor con camisa desprendible. Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección. Estéril y desechable Tipo Permcath, estéril **Jeringa de 5ml, marca DL** Estéril y desechable **Marca: Covidien.** **Modelo: Permcath.**

		Folleto: Folleto Covidien Permcath
6	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, ó ptfe, estéril y desechable. Longitud 40 A 60 cm., x 5, mm., de diámetro.	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano o ptfe, estéril **Denominación: Vascular Grafts** **Marca: Gore Medical Creative Technologies Worldwide** **Codigo: SRRT05030040L.** **Medidas: 40-60cm x 5mm** **Registro Sanitario: 1722C85 SSA** **Folleto: "Configuración GORE", pag 1,7,13**
7	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfe estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 6 mm., de diámetro.	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano o ptfe, estéril **Denominación: Vascular Grafts** **Marca: Gore Medical Creative Technologies Worldwide** **Codigo: SRRT06030040L.** **Medidas 40-60cm x 6mm** **Registro Sanitario: 1722C85 SSA** **Folleto: "Configuración GORE", pag 1,7,13**
8	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfe, estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 8 mm., de diámetro.	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano o ptfe, estéril **Denominación: Vascular Grafts** **Marca: Gore Medical Creative Technologies Worldwide** **Codigo: SRRT08030040L.** **Medidas 40-60cm x 8mm** **Registro Sanitario: 1722C85 SSA** **Folleto: "Configuración GORE", pag 1,7,13**

ATENTAMENTE

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ
REPRESENTANTE LEGAL
SERVICIOS MEDICOS Y DE EQUIPAMIENTO, S.A. DE C.V.

Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

SERME
Ser mejores en salud

Anexo T 2 (T-dos)
E) DESCRIPCION TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO

Metepec, Estado de México, a 19 de diciembre de 2025

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO
PRESENTE

No	Descripción	Propuesta del licitante
1	Reclinables que logren un decúbito dorsal adecuado para procedimientos médicos durante la sesión.	1.- Reclinables que logren un decúbito dorsal adecuado procedimientos médicos durante la sesión. Marca: **Champion** Modelo: **59** Referencia: **Folleto Sillón Champion** Página: **6,22**
2	Seguros para el paciente y personal de enfermería.	2.- Seguros para el paciente y personal de enfermería. Marca: **Champion** Modelo: **59** Referencia: **Folleto Sillón Champion** Página: **8, 24**
3	Vida media promedio de uso de un año.	Marca: **Champion** Modelo: **59** Referencia: **Folleto Sillón Champion** Página: **4,20**
4	De fácil limpieza.	4.- De fácil limpieza. Marca: **Champion** Modelo: **59** Referencia: **Folleto Sillón Champion** Página: **4,20**
5	Ergonómicamente diseñado que permita el trendelemburg por cada máquina.	Ergonómicamente diseñado que permita el trendelemburg por cada máquina. Marca: **Champion** Modelo: **59** Referencia: **Folleto Sillón Champion** Página: **6,22**
6	Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados.	Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados. Marca: **Champion** Modelo: **59** Referencia: **Folleto Sillón Champion** Página: **6,9,22,25**

Atentamente
ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ
REPRESENTANTE LEGAL
SERVICIOS MEDICOS Y DE EQUIPAMIENTO

	130 a 150 mEq/l o 130 a 150 mmol/l o 12.8 a 15.7 ms/cm. 4.6.- Sistema de control de la ultrafiltración con tasa dentro del rango de 0.0 a 3 l/h. o de 0.0 a 3 kg/h. 4.7.- Sistema integrado de infusión para anticoagulación (bomba de heparina de 0.5 ml/h a 5 ml/h). Con un flujo de infusión dentro del rango de 0.1 a 9.9 ml/h en incrementos de 0.1ml/h. 5.- Que cuente dentro del sistema con alarmas críticas: 5.1.- Presión arterial no invasiva. 5.2.- Detector de aire. 5.3.- Detector de fugas sanguíneas. 6.- Pantalla LCD o plasma o tecnología superior integrada a la máquina. 7.- Con capacidad de ingresar al menos tres tipos de perfiles de sodio. 8.- Con despliegue en pantalla de: 8.1.- Presión arterial del circuito. 8.2.- Presión venosa del circuito. 8.3.- Presión transmembrana. 8.4.- Flujo de líquido dializante. 8.5.- Flujo de sangre. 8.6.- Tasa de infusión de heparina. 8.7.- Tasa de ultrafiltración. 8.8.- Conductividad del dializante. 8.9.- Volumen de sangre procesada. 8.10.- Temperatura del líquido dializante. 8.11.- Presión arterial no invasiva del paciente (sistólica y diastólica), frecuencia cardiaca. 8.12.- Tiempo transcurrido o restante de diálisis. 8.13.- Volumen de ultrafiltración conseguido. 9.- Con sistema de alarmas audibles y visibles de: 9.1.- Presión arterial del circuito.	4.2.-Flujo del dializado, rango de 300 a 800 ml/min, ajustable de forma continua. Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 4-19 4.3.- Flujo de Sangre, rango de 30 ml/min – 600 ml/min Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 10-21 4.4.- Conductividad del bicarbonato, rango de 2 – 4 mS/cm en intervalos de 0,1 mS/cm (aprox. 20 – 40 mmol/l) Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 4-19 4.5.- Conductividad, rango 12.5 – 16 mS/cm en intervalos de 0.1 mS/cm (Aprox. 125 – 160 mmol/l) Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 4-19 4.6.- Flujo máximo de UF, rango de 0 – 4000 ml/h (se debe establecer en modo técnico) Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 4-22 4.7Bomba de heparina, Bomba de jeringa para jeringas rango de 10 – 30 ml Velocidad del flujo en un rango de 0.1 – 10.0 ml/h en intervalos de 0,5 ml/h o 0,1 ml/h. Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 15-9 **5.- Que cuente dentro del sistema con alarmas críticas:** 5.1.- La opción ABPM (monitorización automática de la tensión arterial) permite la medición no invasiva, por oscilometría, de la tensión arterial. Alarma: Límite superior de la presión arterial, límite inferior de la presión arterial. Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 10-3, 13-5 5.2.- Detector de aire Alarma de aire Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 2-26, 13-7 5.3.- Alarma Fuga de Sangre Detector de fugas de sangre

	9.2.- Presión venosa del circuito. 9.3.- Presión transmembrana. 9.4.- Flujo del líquido dializante. 9.5.- Flujo de sangre. 9.6.- Ultrafiltración. 9.7.- Conductividad. 9.8.- Temperatura del líquido dializante. 9.9.- Detector de fugas sanguíneas. 9.10.- Detector de aire. 9.11.- Falla en el suministro de agua. 9.12.- Falla en el suministro de energía eléctrica. 9.13.- Presión arterial no invasiva. 10.- Con sistema automático para desinfección química. 11.- Con sistema automático para remoción de sales y/o con sistema automático de desinfección térmica. 12.- Gabinete con las siguientes características: superficies de material lavable, con base rodable, con sistema de frenos. 13.- Capacidad para guardar la información del tratamiento en caso de falla de energía eléctrica. 14.- Con capacidad para realizar el retorno sanguíneo en forma manual en caso de falla eléctrica. **ACCESORIOS:** Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. **REFACCIONES:** Soluciones para hemodiálisis: con concentraciones variables de calcio y potasio según requerimientos del usuario, bicarbonato de sodio para preparación manual o automática (para uso no parenteral). Líneas arterial y venosa con protector de transductor de presión, desechable y adaptable o	Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 13-12, 15-7 6.- Pantalla a color y operación desde la pantalla (pantalla táctil a color) Pantalla integrada al cuerpo de la máquina Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 2-6, 3-5 7.- Perfil de conductividad (Na) • **Perfil lineal** • **Perfil exponencial** • **Introducción manual del valor total = reajuste del perfil a la forma horizontal** Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 11-9, 11-10 **8.- Con despliegue en pantalla de:** 8.1.- Visualización de la presión arterial con sus límites. Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 5-4 8.2.- Visualización de la presión venosa con sus límites. Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 5-4 8.3.- Visualización de la presión transmembrana (PTM) con sus límites. Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 5-4 8.4.- Flujo de liq. Diálisis real Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 5-12 8.5.- Flujo de sangre real Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 5-12 8.6.- Flujo actual de heparina Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 5-4 8.7.- Flujo actual de ultrafiltración.

	integrado a las líneas arterial y venosa (neonatal, pediátrica, adulto).	Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 5-4
	Agujas para punción de fístula arterio-venosa	8.8.- Conductividad del dializado Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 4-19
	Filtros para hemodiálisis o hemodializadores a partir de 0.2 m2 de cualquier material sintético	8.9.- Volumen de sangre tratado. Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 6-6
	Líquido desinfectante y desincrustante según sea el caso.	8.10.- Temperatura Liq. Diálisis. Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 4-19
	Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo.	8.11.- La opción ABPM (monitorización automática de la tensión arterial) permite la medición no invasiva, por oscilometría, de la tensión arterial. Sistólica, diastólica, Frecuencia Pulso Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 10-3, 10-5
	ACCESORIOS OPCIONALES: Monitor de Kt/V.	8.12.- Tiempo de tratamiento restante Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 5-4
	Computadora con software de hemodiálisis para obtención y administración de datos Impresora.	8.13Volumen actual de UF Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 5-4
	Sistema de preparación en línea del bicarbonato Monitor de niveles de hematocrito. Monitoreo en tiempo real de aclaramiento de la urea.	**9.- Con sistema de alarmas audibles y visibles de:** 9.1.- Límite superior de la presión Arterial Límite inferior de la presión Arterial Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 13-5
	Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo **REFACCIONES:**	9.2.- Límite superior de la presión venosa Límite inferior de la presión Venosa Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 13-6

	Según marca y modelo. Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. **INSTALACIÓN:** Corriente eléctrica de 120V ±10% o 220V ±10% / 60 Hz, tierra física **OPERACIÓN:** Por personal especializado de acuerdo a la NOM-003- SSA3-2010 y manual de operación. **MANTENIMIENTO:** Preventivo y correctivo por personal calificado y certificado por personal autorizado por el fabricante.	9.3.- PTM en dializador excedida. Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 13-12 9.4.- Flujo irregular del dializado Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 13-9 9.5.- Flujo de sangre Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 13-6 9.6.- Desviación del valor real de UF Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 13-12 9.7.- Límite de conductividad Final Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 13-10 9.8.- Temperatura demasiado alta Temperatura demasiado baja Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 13-9 9.9.- Fuga de sangre Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 13-12 9.10.- Detector de aire Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 2-26 9.11.- Flujo de agua interrumpido Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 13-9 9.12.- Falla del suministro eléctrico Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 13-13

		9.13.- La opción ABPM (monitorización automática de la tensión arterial) permite la medición no invasiva, por oscilometría, de la tensión arterial. Límite superior de la presión arterial Límite inferior de la presión arterial Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 10-3, 13-5 10.- Desinfección Química Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 7-3 11.- Descalcificación, Desinfección térmica Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 7-3 12.- Gabinete con las siguientes características: Limpiar partes exteriores. Transporte mediante sus ruedas Frenos de las ruedas delanteras Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 3-4, 12-3 13.- Cuando el suministro eléctrico principal falla de forma repetida, la batería funcionará durante el tiempo de funcionamiento residual después de cada fallo de suministro. En cuanto se restaura el suministro eléctrico principal, se interrumpe automáticamente el funcionamiento con batería y se activa de nuevo el tratamiento con dializado. Una vez que la unidad se ha ajustado automáticamente a los valores prefijados, la diálisis continúa automáticamente. Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 10-37, 10-39 14.- Retorno manual de sangre. En caso de fallo de corriente durante la diálisis. Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 13-23 **ACCESORIOS:** Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. **REFACCIONES:**

		Concentrado ácido para máquina de hemodiálisis, con variabilidad en concentración de Potasio de 0 o 2.0 meq/l y Calcio 3.5 meq/l, para uso exclusivo en máquinas de hemodiálisis. Ficha Técnica HEMOACID-100, Pág. Única. Ficha Técnica HEMOACID-200, Pág. Única. Cartuchos de bicarbonato de 760g, bicarbonato de sodio para dispositivos médicos, compatible con la máquina. CATÁLOGO BBRAUN DIVISIÓN AVITUM. PAG. 17. Líneas arterial / venosa, con conectores y adaptadores compatibles con las máquinas, puertos de inyección libres de látex, con procedimientos de esterilización validados y seguros, componentes bio-compatibles. CATÁLOGO BBRAUN DIVISIÓN AVITUM. PAG. 8. Agujas de fístula, utilizando el proceso de canulación óptimo, consta de tubos elásticos y flexibles, delgada capa de silicona, luer lock, mariposa y aguja diámetro 15 o 16 g adulto y 16 0 17 g pediátrico, con reves del ojo de la aguja arterial con forma oval particular, 30 cm longitud del tubo. CATÁLOGO BBRAUN DIVISIÓN AVITUM. PAG. 18. Dializadores de alto y bajo flujo de material de fibra sintética de polisulfona, de 1.0 m2 hasta 2.0 m2. CATÁLOGO BBRAUN DIVISIÓN AVITUM. PAG. 9, 12, 13, 14, 15 Y 16. Solución de limpieza, descalcificación y desinfección de equipos de hemodiálisis. Ficha Técnica HEMOCITRIC-50, Pág. Única. Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo. ACCESORIOS OPCIONALES: Activar la pantalla para introducir valores de laboratorio (urea) para el cálculo de Kt/V. Medición de Kt/V (opción Adimea) Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 2-17 Equipo de escritorio, computadora. CATALOGO LENOVO, Pág. Única. Impresora. Ficha Técnica IMPRESORA HP LASER DE LA SERIE 100, Pág. 1.

		Bicarbonato (Suministrado con Dialog HDF-online) Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 2-4 Hematocrito actual HCT Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 18-44 Debido a las mediciones contínuas se puede mostrar el Kt/V y el ratio de reducción de Urea (URR) a tiempo real. Manual Dialog+ Aparato de Diálisis, Instrucciones de Uso. Pág. 18-17 Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. **REFACCIONES**: Según marca y modelo. Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. **INSTALACIÓN**. Voltaje nominal de 120V ±10% o 230V ±10% , 50 Hz/ 60 Hz + 5%, Toma de tierra. **OPERACIÓN**. Por personal especializado de acuerdo a la NOM-003- SSA3-2010 y manual de operación. **MANTENIMIENTO** Preventivo y correctivo por personal calificado y certificado por personal autorizado por el fabricante.

C) Bienes de consumo para hemodiálisis de adulto y pediátrico

No	Descripción	Propuesta del proveedor
1	Filtro para hemodiálisis, o dializadores de membrana sintética y/o celulosa modificada de 0.4 m² hasta 2.0 m²	Dializadores de alto y bajo flujo de material de fibra sintética de polisulfona, de 1.0 m2 hasta 2.0 m2. CATÁLOGO BBRAUN DIVISIÓN AVITUM. PAG. 9, 12, 13, 14, 15 Y 16.

Lapi
Km 4.5 de la vialidad Toluca-Metepec Barrio del Espíritu Santo
Colonia la Michoacana C.P. 52140, Metepec, Estado de México.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
2	Juego de líneas arterial y venosa, desechable, estéril, con conectores, con o sin protectores de transductor de presión, compatible con la máquina de hemodiálisis de la marca correspondiente, con diferentes volúmenes de cebado para adulto y pediátrico.	Líneas arterial / venosa, con conectores y adaptadores compatibles con las máquinas, puertos de inyección libres de látex, con procedimientos de esterilización validados y seguros, componentes bio-compatibles. CATÁLOGO BBRAUN DIVISIÓN AVITUM. PAG. 8.
3	Ácido en solución líquidos concentrados para hemodiálisis de acuerdo a marca y modelo de la máquina con variabilidad en concentración de Potasio de 0 o 2.0 y Calcio de 2.5 o 3.5 mEq/L.	Concentrados Ácidos para Hemodiálisis, de acuerdo a marca y modelo de la máquina, se fabrican diferentes formulaciones de concentrados Potasio de 0 o 2 meq/l y Calcio 2.5 o 3.5 meq/l. Ficha Técnica HEMOACID-100, Pág. Única. Ficha Técnica HEMOACID-200, Pág. Única.
4	Bicarbonato de sodio en polvo o solución. Para uso no parenteral; para conductividad de acuerdo a la marca de la máquina; para ácido específico, presentación en paquete o bolsa que se adecue a la máquina propuesta.	Cartuchos de bicarbonato de 760g, bicarbonato de sodio para dispositivos médicos, compatible con la máquina. CATÁLOGO BBRAUN DIVISIÓN AVITUM. PAG. 17.
5	Cánula para punción de fístula arteriovenosa interna: consta de tubo de elastómero de silicón de 15 o 30 cm. de longitud, con obturador y adaptador luer lock, mariposa y aguja calibre 15 o 16 adulto y 16 o17 g. pediátrico. y con orificio posterior al bisel; un lumen..	Agujas de fístula, utilizando el proceso de canulacipón óptimo, consta de tubos elásticos y flexibles, delgada capa de silicona, luer lock, mariposa y aguja diámetro 15 o 16 g adulto y 16 0 17 g pediátrico, con réves del ojo de la aguja arterial con forma oval particular, 30 cm longitud del tubo. CATÁLOGO BBRAUN DIVISIÓN AVITUM. PAG. 18.
6	Material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter o fístula, según corresponda, conteniendo al menos: Material estéril para conexión de catéter: 2 pares de guantes 2 jeringas desechables 8 gasas 1 campo de tela absorbente Material estéril para desconexión de catéter: 1 par de guantes 6 gasas 2 tapones de Luer Lock para catéter 1 apósito especial para catéter Material estéril para conexión de fístula: 1 par de guantes 5 gasas 2 campos de tela absorbente Material estéril para desconexión de fístula: 1 par de guantes 6 gasas 2 apósitos circulares	Material estéril para conexión de catéter: 4 guantes 2 jeringas 3 ml desechables 10 gasas7.5 x 5 cm 1 campo de tela absorbente de 30x40 cm FOLLETO KIT PARA LA CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN DE CATÉTER CC-CD. EQUIPOS QUIRÚRGICOS. PÁG. 1 Y 2. Material estéril para desconexión de catéter: 2 guantes 5 gasas de 7.5 x 5 cm 1 gasa de 10 x10 cm 2 tapones de Luer para catéter 1 apósito especial para catéter 10 x 14 cm FOLLETO KIT PARA LA CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN DE CATÉTER CC-CD. EQUIPOS QUIRÚRGICOS. PÁG. 1 Y 2. Material estéril para conexión de fístula: 2 guantes 5 gasas de 7.5 x 5 cm 2 campos de tela absorbente de 35 x 40 cm FOLLETO KIT PARA LA CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN DE FISTULA FC-FD. EQUIPOS QUIRÚRGICOS. PÁG. 1 Y 2. Material estéril para desconexión de fístula: 2 guantes 6 gasas de 7.5 x 5 cm 2 apósitos circulares FOLLETO KIT PARA LA CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN DE FISTULA FC-FD. EQUIPOS QUIRÚRGICOS. PÁG. 1 Y 2.

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

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
1	Descripción (se describen para presentación de oferta técnica)	
2	060.345.0149 Para hemodiálisis, pediátrico. Inserción en subclavia, yugular o femoral, doble lumen. Contiene:Una cánula, Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero inoxidable. Un catéter doble lumen calibre de 8 a 10 fr, longitud 130 a 150 mm, con obturador, un dilatador y extensiones curvas. Tipo: mahurkar. Estéril y desechable	Catéter para hemodiálisis fabricado en poliuretano Bodysoft, calibre de 12 Fr, el kit completo incluye: 1 catéter, 1 dilatador de vena 11 a 12 Fr, 1 dilatador de vena 12-14 Fr, 1 guía introductora de 70 cm, 2 apósitos trasparentes, 1 estabilizador y 2 tapones para heparina. Curvo y recto de longitud de 15 a 20 cm. Jeringa de 5 ml por separado. CATÁLOGO DE PRODUCTOS. MEDICATION DELIVERY SOLUTIONS. BD. PAG. 14.
3	060.345.2301Para hemodiálisis. Adulto. De inserción en subclavia, yugular o femoral doble lumen, incluye: Una cánula, Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero inoxidable. Un catéter doble lumen calibre de 11 a 12 fr, longitud de 185 a 205 mm con obturador y un dilatador con extensiones curvas. Tipo: mahurkar. Estéril y desechable	Catéter para hemodiálisis fabricado en poliuretano Bodysoft, calibre de 12 Fr, el kit completo incluye: 1 catéter, 1 dilatador de vena 11 a 12 Fr, 1 dilatador de vena 12-14 Fr, 1 guía introductora de 70 cm, 2 apósitos trasparentes, 1 estabilizador y 2 tapones para heparina. Curvo y recto de longitud de 15 a 20 cm. Jeringa de 5 ml por separado. CATÁLOGO DE PRODUCTOS. MEDICATION DELIVERY SOLUTIONS. BD. PAG. 14.
4	060.166.0533 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño adulto, De doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetros internos de 1.80 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 2.0 mm a 3.20 mm en el lado venoso, con longitud de 31.5 a 37.0 cm, con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene. Catéter de doble lumen. Aguja introductora calibre 18 g. Introductor con camisa desprendible. Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección. Estéril y desechable	Catéter para hemodiálisis de larga permanencia tamaño adulto, con conectores resistentes, luer-lock, alas de sutura, cuff-seguro al crecimiento tisular, alto flujo 500 ml/min en promedio, recirculacion <2% en promedio en ambas direcciones cuando se prueba in-vitro, colocación en aurícula derecha permite un flujo óptimo, de acuerdo a las guías KDOQUI, perfil de punta cónica, diseñada para una fácil inserción, estilete pre-cargado, de 31 cm de longitud Alphacurve, de 31 cm de longitud stylet precargado recto y de 42 cm de longitud stylet precargado recto. Jeringa de 5 ml por separado. Catálogo EQUISTREAM Redefining PERFORMANCE, BARD ACCES SYSTEMS. Pág. 1, 2 y 4.

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
	Pieza	
5	060.166.0541 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño pediátrico, de doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetro interno de 1.5 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 1.5 mm a 1.2 mm en el lado venoso, con longitud de 27.0 cm a 30.0 cm con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene: Catéter de doble lumen. Aguja introductora calibre 18 g. Introductor con camisa desprendible. Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección. Estéril y desechable.	Catéter para hemodiálicis de larga permanencia tamaño adulto, con conectores resistentes, luer-lock, alas de sutura, cuff-seguro al crecimiento tisular, alto flujo 500 ml/min en promedio, recirculación <2% en promedio en ambas direcciones cuando se prueba in-vitro, colocación en auricula derecha permite un flujo óptimo, de acuerdo a las guías KDOQUI, perfil de punta cónica, diseñada para una fácil inserción, estilete pre-cargado, de 27 cm de longitud stylet precargado recto y de 31 cm de longitud stylet precargado recto. Jeringa de 5 ml por separado. Catálogo EQUISTREAM Redefining PERFORMANCE, BARD ACCES SYSTEMS. Pág. 1, 2 y 4.
6	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, ó o ptfe, estéril y desechable. Longitud 40 A 60 cm., x 5, mm., de diámetro.	Injertos, recto y anillado de ptfe estéril y desechable. Longitud 40 a 70 cm., x 5 mm., de diámetro. CATÁLOGO PRODUCTOS QUIRÚRGICOS PI, BD. PÁG. 2 Y 5.
7	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfe estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 6 mm., de diámetro.	Injertos, recto y anillado de ptfe estéril y desechable. Longitud 40 a 70 cm., x 6 mm., de diámetro. CATÁLOGO PRODUCTOS QUIRÚRGICOS PI, BD. PÁG. 2.
8	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfe, estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 8 mm., de diámetro.	Injertos, recto y anillado de ptfe estéril y desechable. Longitud 40 a 70 cm., x 8 mm., de diámetro. CATÁLOGO PRODUCTOS QUIRÚRGICOS PI, BD. PÁG. 2 Y 5.

E) Descripción técnica del sillón clínico

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
1	Reclinables que logren un decúbito dorsal adecuado para procedimientos médicos durante la sesión.	1.Sillon confortable para realizar diversos procedimientos. Sillón diseñado para colocarse en distintas posiciones. Posición de respaldo vertical. Posición reclinable con levantamiento de pies. Posición reclinable total y trendelenburg. Ficha técnica Sillón para Hemodialisis, pág. 2.
2	Seguros para el paciente y personal de enfermería	2.El acojinamiento del asiento y respaldo están acondicionados para dar soporte y comodidad al paciente por periodos prolongados de reposo y

Km 4.5 de la vialidad Toluca-Metepec Barrio del Espíritu Santo
Colonia la Michoacana C.P. 52140, Metepec, Estado de México.

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
		seguridad al personal de enfermería. Ficha técnica Sillón para Hemodialisis, pág. 3.
3	Vida media promedio de uso de un año	3. Promedio de vida de 1 año. Ficha técnica Sillón para Hemodialisis, pág. 3
4	De fácil limpieza	4. De fácil limpieza. Ficha técnica Sillón para Hemodialisis, pág. 3.
5	Ergonómicamente diseñado que permita el trendelemburg por cada maquina	5. Posición reclinable total y trendelenburg. Ficha técnica Sillón para Hemodialisis, pág. 2.
6	Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados.	6.Ruedas de poliuretano color azul de 5" de diámetro dos con freno y dos sin freno. Repisa auxiliar abatible, localizada en ambos lados del sillón. Ficha técnica Sillón para Hemodialisis, pág. 2,3.

Atentamente
Protesto lo necesario

Nadia Verenice González González
Representante Legal
LAPI Unidad de Hemodiálisis S.A DE C.V.

Anexo T3

Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas

Instrucciones: Marque con una "X" el criterio que corresponda.
P= Ponderación: Requisito **(|)** Indispensable; **(O)** Opcional
SC= Si cumple; **NC=** No cumple; **NA=** No aplica
Se considera solvente cuando acredita el 100% de los Requisitos indispensables.
Anexar evidencia fotográfica de los numerales que son Indispensables y que No se cumplan (deberá de anexarse en hojas impresas y en archivo digital en USB).

Licitante:		

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

Cuenta con:

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

Unidad de Hemodiálisis	Total m²	Se ubica dentro de un Hospital

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

Marca (s)
Modelo (s)

Delegación	Unidad del IMSS		Distancia (km)	Requerimiento Anexo T1 Sesiones	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida
	Tipo y Número	Localidad		Máximo	936 sesiones año por máquina*	1560 sesiones año por maquina*

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

No.	Especificación o criterio para verificar	P	SC	NC	NA
1	**Instalaciones físicas**				
1.1	Área de recepción (ubicada a la entrada de la unidad con fácil acceso				
1.2	Sala de espera				
1.3	Sanitarios				
1.4	Almacén				
1.5	Cuarto Séptico con material para recoger excretas				
1.6	Consultorio médico				
1.7	En vestíbulo, recepción y sala de espera hay adecuada ventilación, limpieza, señalamientos y áreas suficientes para que pacientes y familiares permanezcan sentados y cómodos.				
1.8	• Cumple con las disposiciones de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002 establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica. Protección ambiental-Salud ambiental. Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo. • Cuentan con recipientes rojos rígidos herméticos para residuos peligrosos punzo cortantes, en su caso con bolsas de color rojo y/o amarillo translúcido. • Que los botes para basura municipal cuenten con bolsas y no se entren en ellos residuos peligrosos biológicos infecciosos.				
1.9	Rampas de acceso a la unidad para pacientes con capacidades diferentes, las cuales cuentan con pasamanos.				
1.10	Los pasillos y áreas comunes cuentan con los señalamientos necesarios para la adecuada circulación				

No.	Especificación o criterio para verificar	P	SC	NC	NA
1.11	Existe una adecuada distribución y separación de los lugares para efectuar la hemodiálisis y facilitar la vigilancia de la central de enfermería.				
1.12	El establecimiento de atención médica cuenta con la Carta de Derechos Generales de los Pacientes y está ubicada en lugares visibles al público.				
2	**Área de tratamiento dialítico por cada estación-paciente (Unidad)**				
2.1	Riñón artificial.				
2.2	El área mínima para una máquina y sillón clínico será de 3.0 m2 por estación.				
2.3	Existe un área independiente para pacientes que requieren técnica de aislamiento.				
2.4	Cuenta con central (es) de enfermería con visibilidad de los pacientes.				
2.5	Tomas o tanque portátil de oxígeno con los accesorios para su utilización (cánula para aspiración).				
2.6	Toma de aire o aspirador portátil con los accesorios para su utilización (cánula para aspiración).				
2.7	Cuenta con material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter y fístula.				
2.8	Sillón clínico para hemodiálisis.				

3	**Área de lavado y Esterilización**				
3.1	Área de lavado y desinfección de material de curación				
3.2	Sala de espera				
4	**Área de tratamiento de agua para hemodiálisis**				
4.1	Cisterna con capacidad suficiente para el tamaño del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.				
4.2	Bombas de impulsión.				
4.3	Filtros de sedimentación				
4.4	Filtros de ablandadores				
4.5	Filtros de carbón activado				
4.6	Ósmosis inversa				
4.7	Filtros de polisulfona o de poliamida después de la ósmosis				
No.	**Especificación o criterio a verificar**	**P**	**SC**	**NC**	**NA**
4.8	Tanque de almacenamiento con características especiales para el establecimiento de atención médica de hemodiálisis.				
4.9	Red de distribución con llaves para la toma de muestras.				
5	**Servicios Auxiliares**				
5.1	Planta eléctrica de emergencia con capacidad para el abastecimiento de la unidad.				
5.2	Cuenta con ambulancia para traslado de pacientes propia y/o contrato vigente, debiendo contar con las características mínimas al menos como se indican en el numeral 4.14 Ambulancia de urgencias básicas.				
5.3	Contrato de prestación de servicio de laboratorio vigente.				
6.	**Manuales y Registros**				
6.1	Resultados anuales del análisis químico de la calidad del agua.				

6.2	Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua.				
6.3	Manual de procedimientos técnicos del servicio de hemodiálisis.				
6.4	Manual de procedimientos técnicos de enfermería.				
6.5	Manual de operación de la máquina de hemodiálisis (en español).				
6.6	Manual de operación de la planta de tratamiento de agua. (En español).				
6.7	Archivo clínico.				
6.8	En el expediente se archivan las cartas de consentimiento informado.				
6.9	El expediente se resguarda durante mínimo 5 años.				
7.	**Mantenimiento preventivo y correctivo**				
7.1	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de las máquinas de hemodiálisis.				
7.2	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta de tratamiento de agua.				
7.3	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de equipo médico.				
7.4	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta eléctrica de emergencia.				
7.5	El personal encargado del mantenimiento cuenta con capacitación específica.				
7.6	Existe un servicio de Ingeniería Biomédica propio o subrogado, responsable del mantenimiento del equipo.				
7.7	Existe un plan por escrito para el mantenimiento preventivo				

8	**Equipamiento de la Unidad de Hemodiálisis**				
8.1	Carro rojo con monitor y desfibrilador				
8.2	Electrocardiógrafo				
8.3	Báscula				
8.4	Silla de ruedas				
8.5	Carro de las curaciones				
8.6	Camilla con barandales				
9	**Área de consulta médica/Sala de procedimientos para las unidades que no se encuentran dentro de un hospital**				
9.1	Mesa de exploración				
9.2	Báscula				
9.3	Esfigmomanómetro				
9.4	Estetoscopio				
9.5	Negatoscopio				
9.6	Carro de curaciones				
9.7	Tripiés rodables				
9.8	Bancos				
9.9	Bancos de altura				
9.10	Estuche de diagnóstico				
10.	**Recursos Humanos**				
10.1	Certificado de especialización y cédula profesional del personal médico nefrólogo.				
10.2	Copia títulos o certificados del personal de enfermería.				

10.3	Constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses.				
10.4	Existe un rol de turnos de los médicos y un registro de su cumplimiento.				
10.5	Se cumple con las cantidades planeadas por el establecimiento del personal de enfermería.				
11	**Insumos**				
11.1	Se tiene un inventario definido para cubrir las necesidades de insumos del establecimiento				
11.2	Se cumple con el inventario mínimo establecido				
	Especificación o criterio a verificar				
11.3	Se tiene un botiquín para los casos de urgencias y las necesidades más comunes.				
12	Comités				
12.1	Se cuenta con un Comité y registro de infecciones dentro del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.				

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

Guia de llenado
Anexo T3.doc

Anexo T4 (T-cuatro)

Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada

Instrucciones: Marque con una "X" el criterio que corresponda.
Esta cédula debe ser llenada con los datos generados los últimos 6 meses.

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

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

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

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

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

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

Anexo T5 (T-cinco)

COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIALISIS SUBROGADA

DELEGACIÓN: _____

UNIDAD MÉDICA: _____

PROVEEDOR:	UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA:
	NÚMERO DE CONTRATO:

AÑO:	PRUEBAS BIOLÓGICAS (BIMESTRAL)		PRUEBAS QUÍMICAS (ANUAL)	
MES	FECHA MÁXIMA DE ENTREGA	CUMPLE CON ESPECIFICACIONES (SI/NO)	FECHA MÁXIMA DE ENTREGA	CUMPLE CON ESPECIFICACIONES (SI/NO)
ENERO				
FEBRERO				
MARZO				
ABRIL				
MAYO				
JUNIO				
JULIO				
AGOSTO				
SEPTIEMBRE				
OCTUBRE				
NOVIEMBRE				
DICIEMBRE				

Lugar: _____ Fecha: _____

_____
NOMBRE Y FIRMA
ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

_____
NOMBRE Y FIRMA
REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR

Anexo T6 (T-seis)

Anexo T6 (T-seis) Calendario para entrega mensual de catéteres

DELEGACIÓN: _____

UNIDAD MÉDICA: _____

PROVEEDOR:	UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA:
	NÚMERO DE CONTRATO:

AÑO:	CATÉTER PERMANENTE	CATÉTER TEMPORAL	TOTAL
MES	CANTIDAD	CANTIDAD	
ENERO			
FEBRERO			
MARZO			
ABRIL			
MAYO			
JUNIO			
JULIO			
AGOSTO			
SEPTIEMBRE			
OCTUBRE			
NOVIEMBRE			
DICIEMBRE			

Lugar: _____ Fecha: _____

_____
NOMBRE Y FIRMA
ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

_____
NOMBRE Y FIRMA
REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR

Anexo T7 (T-siete)

Tabla cifras de control de registro nominal hemodiálisis subrogado

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

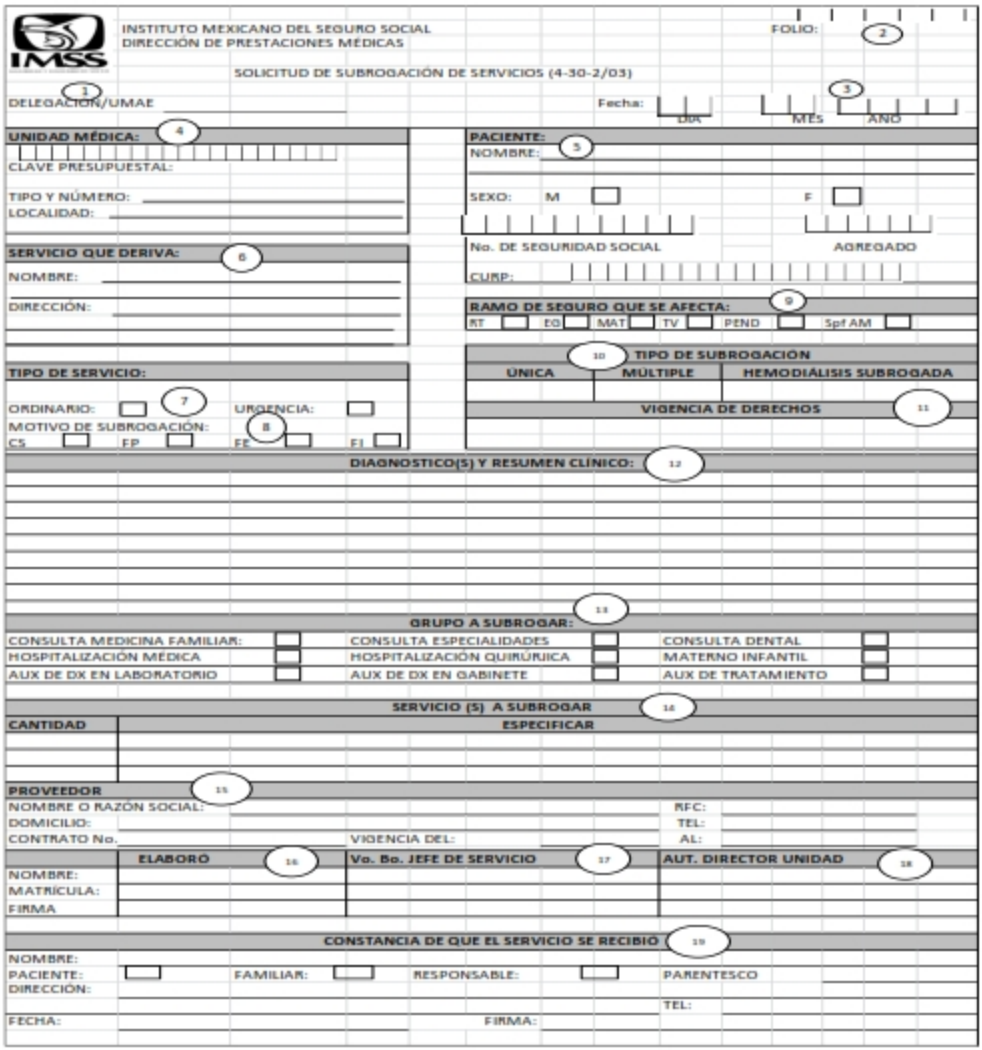
Anexo T8 (T-ocho)

Directorio de Unidades Médicas

Partida	Delegación	Tipo	No.	Domicilio	Director
1	Edo. de Méx. Pte.	HGZ	58	Blvd. Manuel Ávila Camacho Fraccionamiento Las Margaritas Col. Santa Mónica C.P. 54050, Tlalnepantla, Edo. De Méx. Poniente	Dra. Sofia Lorena Arias Cabañas

Anexo T9 (T-nueve)

Formato de Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

FOLIO: (2)

SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-30-2/03)

(1) DELEGACIÓN/UMAE

Fecha: (3) DÍA MES AÑO

UNIDAD MÉDICA: (4)
CLAVE PRESUPUESTAL:
TIPO Y NÚMERO:
LOCALIDAD:

PACIENTE:
NOMBRE: (5)
SEXO: M F
No. DE SEGURIDAD SOCIAL AGREGADO
CURP:

SERVICIO QUE DERIVA: (6)
NOMBRE:
DIRECCIÓN:

RAMO DE SEGURO QUE SE AFECTA: (9)
RT EG MAT TV PEND Spf AM

TIPO DE SUBROGACIÓN (10)
ÚNICA | MÚLTIPLE | HEMODIÁLISIS SUBROGADA

TIPO DE SERVICIO:
ORDINARIO: (7) URGENCIA:
MOTIVO DE SUBROGACIÓN: (8)
CS FP FE FI

VIGENCIA DE DERECHOS (11)

DIAGNOSTICO(S) Y RESUMEN CLÍNICO: (12)

GRUPO A SUBROGAR: (13)

CONSULTA MEDICINA FAMILIAR:	CONSULTA ESPECIALIDADES	CONSULTA DENTAL
HOSPITALIZACIÓN MÉDICA	HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA	MATERNO INFANTIL
AUX DE DX EN LABORATORIO	AUX DE DX EN GABINETE	AUX DE TRATAMIENTO

SERVICIO (S) A SUBROGAR (14)

CANTIDAD	ESPECIFICAR

PROVEEDOR (15)
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: RFC:
DOMICILIO: TEL:
CONTRATO No. VIGENCIA DEL: AL:

	ELABORÓ (16)	Vo. Bo. JEFE DE SERVICIO (17)	AUT. DIRECTOR UNIDAD (18)
NOMBRE:			
MATRÍCULA:			
FIRMA			

CONSTANCIA DE QUE EL SERVICIO SE RECIBIÓ (19)
NOMBRE:
PACIENTE: FAMILIAR: RESPONSABLE: PARENTESCO
DIRECCIÓN: TEL:
FECHA: FIRMA:

COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Instructivo de llenado Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03)

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

No.	DATO	ANOTAR
15	**Proveedor**	El nombre completo o razón social del prestador de los servicios subrogados, RFC, domicilio, teléfono, número de contrato y vigencia, con base al registro de proveedores que elabore cada unidad médica.
16	**Elaboró**	Nombre, matrícula y firma de la o el responsable de su elaboración.
17	**Vo. Bo.**	Jefe de Servicio Nombre, matrícula y firma.
18	**Aut. del Director de la Unidad**	Nombre, matrícula y firma de la o el Director de la unidad médica o de quien él designe.
19	**Constancia de que el servicio se recibió**	Datos generales de la o el paciente, familiar o responsable que firmará después de recibir el SS.

Anexo T9 BIS (T-nueve bis)

Características de operación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada.

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

Anexo T10 (T-diez)
Relación de Asistencia de Pacientes en Hemodiálisis Subrogada

Nombre o Razón Social del Proveedor	Domicilio y Teléfono de la Unidad Subrogada
Unidad Médica del IMSS que envía al Paciente:	OOAD/UMAE:
Nombre del Paciente:	
Identificación del Paciente por parte del Proveedor (solo si se tiene algún número o código de identificación):	
No. de Seguridad Social con Agregado del IMSS:	
Días de Sesión de Hemodiálisis: (Marcar con una "X") L M M J V S D	No. de Máquina de Hemodiálisis:

Procedimientos de Hemodiálisis Recibidos				
No.	Fecha	Nombre Completo del Paciente	Firma	Nombre y Firma del Familiar (Sólo en caso de que el paciente no pueda firmar)
1				
2				
3				
4				
5				
6				

7				

Nombre o Razón Social del Proveedor	Domicilio y Teléfono de la Unidad Subrogada
1	2
Unidad Médica del IMSS que envía al Paciente: 3	OOAD/UMAE: 4
Nombre del Paciente: 5	
Identificación del Paciente por parte del Proveedor (solo si se tiene algún número o código de identificación): 6	
No. de Seguridad Social con Agregado del IMSS: 7	
Días de Sesión de Hemodiálisis: (Marcar con una "X") 8 L M M J V S D	No. de Máquina de Hemodiálisis: 9

Procedimientos de Hemodiálisis Recibidos				
No.	Fecha	Nombre Completo del Paciente	Firma	Nombre y Firma del Familiar (Sólo en caso de que el paciente no pueda firmar)
1	10	11	12	13
2				
3				
4				

Instructivo de llenado del Anexo T 10 Relación de Asistencia de Pacientes en Hemodiálisis Subrogada

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

Anexo TI.1 (TI uno)

Solicitud de pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7 en hoja membretada de la empresa

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CONVOCANTE
[NOMBRE],

EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA [NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL LICITANTE O DISTRIBUIDOR], MANIFIESTO LO SIGUIENTE:
POR MEDIO DEL PRESENTE ME PONGO EN CONTACTO CON EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE AL SERVICIO MÉDICO DE _____ EN EL IMSS, CONCERNIENTE AL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN CON NÚMERO _____, RELACIONADO CON LAS PARTIDAS _____ , A EFECTO DE SOLICITAR LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE MENSAJES HL7 DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN OFERTADO CONFORME A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PLAZOS ESTABLECIDOS EN EL MISMO, POR LA CONVOCANTE.

LUGAR Y FECHA

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL LICITANTE
NOTA:
*El licitante adjudicado deberá presentarse a la evaluación en oficina con lo siguiente:

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

Instituto Mexicano del Seguro Social

Anexo TI. 2 (TI. dos)

Escrito en formato libre

[Hoja membretada por el licitante del servicio]

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

==========

[LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL ESCRITO]

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

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

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

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

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos

ATENTAMENTE

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

Anexo TI. 3 (TI. tres)

Acuerdo de confidencialidad

[Hoja membretada por el licitante del servicio]

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

==========

_____, a __ de _____ de 20__

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

CLÁUSULAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Anexo TI. 4 (TI. cuatro)

Designación de Contacto Responsable.

[Hoja membretada por el licitante del servicio]

[lugar y fecha de expedición del oficio]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ATENCIÓN:
[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO]
P R E S E N T E.

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

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

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

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos.

ATENTAMENTE

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

Anexo TI. 5 (TI. cinco)

Designación de Sistema y Empresa Soporte

[Hoja membretada por el licitante del servicio]

[lugar y fecha de expedición del oficio]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ATENCIÓN:
[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO]
P R E S E N T E

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

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

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

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos

ATENTAMENTE

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