



EVALUACIÓN TÉCNICA

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DEL TRATADOS AA-50-GYR-050GYR002-T-72-2024

CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS EXTERNA PARA EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 21 PARA EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 DE MARZO AL 15 DE ABRIL.

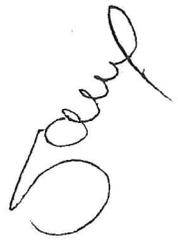
Fecha: 28 febrero 2024

NO.	NOMBRE, RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL LICITANTE	PARTIDA
1	CARINT, S. A. DE C. V.	

Las evaluaciones de las proposiciones se realizaron de acuerdo con el Criterio de Evaluación Binario, establecido en la convocatoria a la Adjudicación Directa, fundando y motivando las razones para aceptar o desechar la proposición y de acuerdo con el análisis de la documentación presentada en dichas proposiciones, considerando que el factor preponderante para la adjudicación del contrato es el precio más bajo.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA:

Se revisó detalladamente las proposiciones recibidas por los licitantes, a fin de evaluar el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos en la Convocatoria, sus Anexos de la convocatoria a la Adjudicación Directa, tal como se consigna a continuación:




EVALUACION TECNICA HEMODIALISIS EXTERNA 2024					
PARTIDA		OOAD	JALISCO		
LICITANTE:	CARINT, S. A. DE C. V.	FECHA:	28/02/2024		
DESCRIPCION	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACION	
Anexo T2 ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS	Cumple				
A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS					
B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES),	Cumple				
C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO,	Cumple				
D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,	Cumple				
E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO	Cumple				
Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente.	Cumple				

Dauf





Table with 5 columns and 5 rows. Each row contains a requirement, a status (Cumple), and three empty columns. Requirements include: 1. Para aquellos casos en el que los equipos y bienes de consumo ofertados... 2. Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento... 3. Certificado de especialización... 4. Copia de los certificados de especialidad... 5. Escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002...

Handwritten signature 'S. Cruz' in blue ink.

Handwritten signature in black ink.



Table with 4 rows and 5 columns. Each row contains a detailed requirement in Spanish, a status (e.g., 'Cumple'), and three empty columns. The requirements relate to manufacturing certificates, free sale certificates, health council documents, and technical specifications for dialysis equipment.

Handwritten signature 'Javier' on the right side of the table.





**GOBIERNO DE
MÉXICO**



COAD Jalisco
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación de Prevención y Atención a la Salud

DESCRIPCIÓN	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
• Manual de procedimientos técnicos del Servicio de Hemodiálisis de la unidad en donde se establezca el proceso de Atención al paciente.	Cumple			
• Manual de procedimientos técnicos de enfermería, a donde se establezca el proceso de atención del paciente.	Cumple			
• Copia del contrato de prestación del servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, o en caso de contar del laboratorio propio, copia del aviso de funcionamiento del laboratorio clínico.	Cumple			
• 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.	Cumple			
• 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.	Cumple			



Table with 5 columns: Description, PRESENTA O CUMPLE, NO PRESENTA O NO CUMPLE, NO APLICA, OBSERVACION. Rows include sanitary records, registration details, and renewal requirements.

Handwritten signature





Table with 2 rows and 5 columns. Row 1: Written statement about equipment and medical alerts. Row 2: Map of dialysis unit location. Both rows are marked 'Cumple'.

Table with 5 columns: CONSERVACIÓN / PROTECCIÓN CIVIL, PRESENTA O CUMPLE, NO PRESENTA O NO CUMPLE, NO APLICA, OBSERVACION. Row 1: Evaluación de Conformidad de Cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010...



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



OOAD Jalisco
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación de Prevención y Atención a la Salud

<p>Acreditación 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.</p>	<p>cumple</p>			
--	----------------------	--	--	--

Lo anterior con Fundamento por lo señalado en Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público. En sus artículos 36 y 36 bis, su Reglamento (R.L.A.A.S.S.P.) Artículos 64; así como por lo señalado en las PBL's Institucionales en materia de Adquisiciones en su capítulo 4 numerales 4.21, 4.35, 4.35.1 y 4.35.2; De las políticas bases y lineamientos del IMSS.

OBSERVACIONES: Ninguna.

EL PROVEEDOR CARINT, S. A. DE C. V. CUMPLE CON LOS TERMINOS Y CONDICIONES SOLICITADOS EN LA CONVOCATORIA

Valido

Dr Julio Agustin Bueno Ladesma
Coordinación de prevención a la salud

Reviso

Dra Laura Isela Mayo Rangel
Medico supervisor segundo nivel



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



OOAD Jalisco
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación de Prevención y Atención a la Salud

EVALUACIÓN TÉCNICA

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DEL TRATADOS AA-50-GYR-050GYR002-T-72-2024

CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS EXTERNA PARA EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 09,14,26,89, HOSPITAL REGIONAL 180 Y 110. PARA EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 DE MARZO AL 15 DE ABRIL.

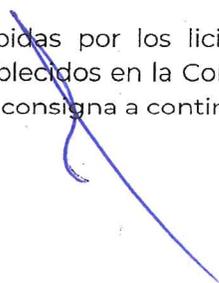
Fecha: 28 febrero 2024

NO.	NOMBRE, RAZON SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL LICITANTE	PARTIDA
1	IGEIA Medical Devices, S.A. de C.V.	HGZ MF 09,HCZ 14, HGZ MF 26, HGZ 89, HGR 110, HGR 180.

Las evaluaciones de las proposiciones se realizaron de acuerdo con el Criterio de Evaluación Binario, establecido en la convocatoria a la Adjudicación Directa, fundando y motivando las razones para aceptar o desechar la proposición y de acuerdo con el análisis de la documentación presentada en dichas proposiciones, considerando que el factor preponderante para la adjudicación del contrato es el precio más bajo.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA:

Se revisó detalladamente las proposiciones recibidas por los licitantes, a fin de evaluar el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos en la Convocatoria, sus Anexos de la convocatoria a la Adjudicación Directa, tal como se consigna a continuación:







EVALUACION TECNICA HEMODIALISIS EXTERNA 2024					
PARTIDA	HGZ MF 09,HGZ 14, HGZ MF 26, HGZ 89, HGR 110, HGR 180.	OOAD	JALISCO		
LICITANT E:	IGEIA Medical Devices, S.A. de C.V.	FECHA:	28/02/2024		
DESCRIPCION		PRESEN TA O CUMPLE	NO PRESEN TA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACI ÓN
Anexo T2 ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS		Cumple			
A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS					
B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES),		Cumple			
C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO,		Cumple			
D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,		Cumple			
E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO		Cumple			
Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente.		Cumple			<i>David</i>





• 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:	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
• Número de registro, prórroga o modificación.	Cumple			
• Titular del registro.	Cumple			
• Nombre y domicilio del fabricante.	Cumple			
• Indicaciones de uso y/o descripción.	Cumple			
• Modelo(s).	Cumple			
• Fecha de emisión y de vencimiento.	Cumple			
• Nombre, firma autógrafa y cargo del servidor público que la emite.	Cumple			
• 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 participante deberá presentar:	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
• Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.	Cumple			
• Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS.	Cumple			
• Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del Titular del Registro Sanitario en donde Bajo Protesta de Decir Verdad, manifieste que el trámite de prórroga del Registro Sanitario, del cual presenta copia, fue sometido en tiempo y forma, y que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga.	Cumple			



Sanj



Table header with columns: DESCRIPCION, PRESENTA O CUMPLE, NO PRESENTA O NO CUMPLE, NO APLICA, OBSERVACION

Main table with 5 rows of criteria and status (Cumple) for hemodialysis service requirements.

Handwritten signature





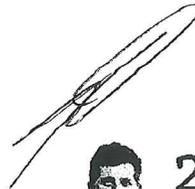
Table with 5 columns and 5 rows. Each row contains a requirement in the first column and the word 'Cumple' in the second column. The requirements include: 1. Para aquellos casos en el que los equipos y bienes de consumo ofertados... 2. Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS... 3. Certificado de especialización, y cédula profesional del (los) médico(s) nefrólogo(s)... 4. Copia de los certificados de especialidad en Nefrología o constancias de haber recibido cursos de capacitación... 5. Escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002...

Handwritten signature 'Sant'





Table with 5 columns and 4 rows. Each row contains a requirement description, a status (e.g., 'Cumple'), and a signature in the final column.





<p>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 las 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.</p>	Cumple			
<p>Mapa de Ubicación de la Unidad Subrogada de Hemodiálisis. En plataforma electrónica de Google Maps: en el que se indique claramente que la unidad de hemodiálisis subrogada ofertada se encuentra dentro del radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que prestará los servicios. Para los casos de las OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México Sur (D.F. Sur) y Ciudad de México Norte (D.F. Norte), la distancia a demostrar deberá ser dentro del radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que se prestará el servicio.</p>	Cumple			

CONSERVACIÓN / PROTECCIÓN CIVIL	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
<p>Evaluación de Conformidad de 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 secretaria de trabajo y Previsión Social.</p>	cumple			



Sany



Acreditación 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.	cumple			
---	--------	--	--	--

Lo anterior con Fundamento por lo señalado en Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público. En sus artículos 36 y 36 bis, su Reglamento (R.L.A.A.S.S.P.) Artículos 64; así como por lo señalado en las PBL's Institucionales en materia de Adquisiciones en su capítulo 4 numerales 4.21, 4.35, 4.35.1 y 4.35.2; De las políticas bases y lineamientos del IMSS.

OBSERVACIONES: Ninguna.

EL PROVEEDOR IGEIA Medical Devices, S.A. de C.V. CUMPLE CON LOS TERMINOS Y CONDICIONES SOLICITADOS EN LA CONVOCATORIA

Valido
Dr Julio Agustin Bueno Ledesma
Coordinación de prevención a la salud

Reviso
Dra Laura Isela Mayo Rangel
Medico supervisor segundo nivel





EVALUACIÓN TÉCNICA

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DEL TRATADOS AA-50-GYR-050GYR002-T-72-2024

CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS EXTERNA PARA EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 07 PARA EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 DE MARZO AL 15 DE ABRIL.

Fecha: 28 febrero 2024

NO.	NOMBRE, RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL LICITANTE	PARTIDA
1	Médica Santa Carmen, SAPI de CV, en participación conjunta con Clínica de Hemodiálisis Juan Pablo II, SC	HGZ 07 LAGOS DE MORENO

Las evaluaciones de las proposiciones se realizaron de acuerdo con el Criterio de Evaluación Binario, establecido en la convocatoria a la Adjudicación Directa, fundando y motivando las razones para aceptar o desechar la proposición y de acuerdo con el análisis de la documentación presentada en dichas proposiciones, considerando que el factor preponderante para la adjudicación del contrato es el precio más bajo.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA:

Se revisó detalladamente las proposiciones recibidas por los licitantes, a fin de evaluar el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos en la Convocatoria, sus Anexos de la convocatoria a la Adjudicación Directa, tal como se consigna a continuación:





GOBIERNO DE
MÉXICO



OOAD Jalisco
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación de Prevención y Atención a la Salud

EVALUACION TECNICA HEMODIALISIS EXTERNA 2024					
PARTIDA	HGZ 07 LAGOS DE MORENO	OOAD	JALISCO		
LICITANTE:	Médica Santa Carmen, SAPI de CV, en participación conjunta con Clínica de Hemodiálisis Juan Pablo II, SC	FECHA:	28/02/2024		
DESCRIPCION	PRESEN TA O CUMPLE	NO PRESEN TA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACION	
Anexo T2 ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS	Cumple				
A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS					
B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES),	cumple				
C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO,	Cumple				
D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,	Cumple				
E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO	Cumple				
Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente.	Cumple				



Table header with columns: DESCRIPCIÓN, PRESENTA O CUMPLE, NO PRESENTA O NO CUMPLE, NO APLICA, OBSERVACIÓN

Main table with 5 rows of criteria and their fulfillment status (all marked as 'Cumple').



Handwritten signature



Table with 5 columns: Description, PRESENTA O CUMPLE, NO PRESENTA O NO CUMPLE, NO APLICA, OBSERVACION. Rows include sanitary records, registration details, and renewal requirements.





<ul style="list-style-type: none"> • Para aquellos casos en el que los equipos y bienes de consumo ofertados, de origen Nacional o Internacional, y el participante advierta que no requiere Registro Sanitario, deberá presentar, debidamente referenciado, 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. 	<p>Cumple</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis. 	<p>Cumple</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Cumple</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Cumple</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Cumple</p>			

[Handwritten signature]

2024
AÑO DE
Felipe Carrillo
PUERTO
REVOLUCIONARIO Y DEFENSOR
DEL PUEBLO





Table with 4 columns and 4 rows. Each row contains a requirement in Spanish and the word 'Cumple' in the second column.



Table with 2 rows and 5 columns. Row 1: '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 las 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.' - Cumple. Row 2: 'Mapa de Ubicación de la Unidad Subrogada de Hemodiálisis. En plataforma electrónica de Google Maps: en el que se indique claramente que la unidad de hemodiálisis subrogada ofertada se encuentra dentro del radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que prestará los servicios. Para los casos de las OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México Sur (D.F. Sur) y Ciudad de México Norte (D.F. Norte), la distancia a demostrar deberá ser dentro del radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que se prestará el servicio.' - Cumple.

Table with 5 columns: CONSERVACIÓN / PROTECCIÓN CIVIL, PRESENTA O CUMPLE, NO PRESENTA O NO CUMPLE, NO APLICA, OBSERVACIÓN. Row 1: Evaluación de Conformidad de 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 secretaria de trabajo y Previsión Social. - cumple

Handwritten signatures in blue and black ink.





GOBIERNO DE
MÉXICO



OOAD Jalisco
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación de Prevención y Atención a la Salud

<p>Acreditación 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.</p>	<p>cumple</p>			
--	----------------------	--	--	--

Lo anterior con Fundamento por lo señalado en Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público. En sus artículos 36 y 36 bis, su Reglamento (R.L.A.A.S.S.P.) Artículos 64; así como por lo señalado en las PBL's Institucionales en materia de Adquisiciones en su capítulo 4 numerales 4.21, 4.35, 4.35.1 y 4.35.2; De las políticas bases y lineamientos del IMSS.

OBSERVACIONES: Ninguna.

EL PROVEEDOR Médica Santa Carmen, SAPI de CV, en participación conjunta con Clínica de Hemodiálisis Juan Pablo II, SC CUMPLE CON LOS TERMINOS Y CONDICIONES SOLICITADOS EN LA CONVOCATORIA

Valido
Dr Julio Agustin Bueno Ledesma
Coordinación de prevención a la salud

Reviso
Dra Laura Isela Mayo Rangel
Medico supervisor segundo nivel



EVALUACIÓN TÉCNICA

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DEL TRATADOS AA-50-GYR-050GYR002-T-72-2024
CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS EXTERNA PARA EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 26 PARA EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 DE MARZO AL 15 DE ABRIL.

Fecha: 29 febrero 2024

NO.	NOMBRE, RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL LICITANTE	PARTIDA
1	OCCINEFGROUP, S.C.	HGZ 26

Las evaluaciones de las proposiciones se realizaron de acuerdo con el Criterio de Evaluación Binario, establecido en la convocatoria a la Adjudicación Directa, fundando y motivando las razones para aceptar o desechar la proposición y de acuerdo con el análisis de la documentación presentada en dichas proposiciones, considerando que el factor preponderante para la adjudicación del contrato es el precio más bajo.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA:

Se revisó detalladamente las proposiciones recibidas por los licitantes, a fin de evaluar el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos en la Convocatoria, sus Anexos de la convocatoria a la Adjudicación Directa, tal como se consigna a continuación:

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]





EVALUACION TECNICA HEMODIALISIS EXTERNA 2024					
PARTIDA	HGZ 26	OOAD	JALISCO		
LICITANTE:	OCCINEFGROUP, S.C.	FECHA:	29/02/2024		
DESCRIPCION	PRESEN TA O CUMPLE	NO PRESEN TA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACION	
Anexo T2 ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS	CUMPLE				
A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS					
B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES),	CUMPLE				
C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO,	CUMPLE				
D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,	CUMPLE				
E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO	CUMPLE				
Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente.	CUMPLE				

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



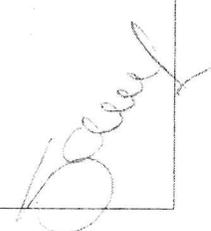
DESCRIPCION	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
• Manual de procedimientos técnicos del Servicio de Hemodiálisis de la unidad en donde se establezca el proceso de Atención al paciente.		NO CUMPLE		
• Manual de procedimientos técnicos de enfermería, a donde se establezca el proceso de atención del paciente.		NO CUMPLE		
• Copia del contrato de prestación del servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, o en caso de contar del laboratorio propio, copia del aviso de funcionamiento del laboratorio clínico.	Cumple			
• 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.	Cumple			
• 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.	Cumple			

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]





<ul style="list-style-type: none"> 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: 	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Número de registro, prórroga o modificación. 		NO CUMPLE		
<ul style="list-style-type: none"> Titular del registro. 		NO CUMPLE		
<ul style="list-style-type: none"> Nombre y domicilio del fabricante 		NO CUMPLE		
<ul style="list-style-type: none"> Indicaciones de uso y/o descripción. 		NO CUMPLE		
<ul style="list-style-type: none"> Modelo(s). 		NO CUMPLE		
<ul style="list-style-type: none"> Fecha de emisión y de vencimiento. 		NO CUMPLE		
<ul style="list-style-type: none"> Nombre, firma autógrafa y cargo del servidor público que la emite. 		NO CUMPLE		
<ul style="list-style-type: none"> 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 participante deberá presentar: 	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga. 		NO CUMPLE		
<ul style="list-style-type: none"> Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS. 		NO CUMPLE		
<ul style="list-style-type: none"> Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del Titular del Registro Sanitario en donde Bajo Protesta de Decir Verdad, manifieste que el trámite de prórroga del Registro Sanitario, del cual presenta copia, fue sometido en tiempo y forma, y que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga. 		NO CUMPLE		

[Handwritten signature]

<ul style="list-style-type: none"> • Para aquellos casos en el que los equipos y bienes de consumo ofertados, de origen Nacional o Internacional, y el participante advierta que no requiere Registro Sanitario, deberá presentar, debidamente referenciado, 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. 	<p>Cumple</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis. 	<p>Cumple</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Cumple</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Cumple</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Cumple</p>			



Handwritten signature



Table with 5 columns and 4 rows. Each row contains a requirement description, a 'Cumple' status, and empty cells for dates and signatures. The requirements relate to import certificates, free sale certificates, and technical specifications for dialysis units.



<p>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 las 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.</p>	<p>Cumple</p>			
<p>Mapa de Ubicación de la Unidad Subrogada de Hemodiálisis. En plataforma electrónica de Google Maps: en el que se indique claramente que la unidad de hemodiálisis subrogada ofertada se encuentra dentro del radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que prestará los servicios. Para los casos de las OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México Sur (D.F. Sur) y Ciudad de México Norte (D.F. Norte), la distancia a demostrar deberá ser dentro del radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que se prestará el servicio.</p>	<p>Cumple</p>			

CONSERVACIÓN / PROTECCIÓN CIVIL	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
<p>Evaluación de Conformidad de 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 secretaria de trabajo y Previsión Social.</p>	<p>cumple</p>			








Acreditación 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.	cumple			
---	--------	--	--	--

Lo anterior con Fundamento por lo señalado en Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público. En sus artículos 36 y 36 bis, su Reglamento (R.L.A.A.S.S.P.) Artículos 64; así como por lo señalado en las PBL's Institucionales en materia de Adquisiciones en su capítulo 4 numerales 4.21, 4.35, 4.35.1 y 4.35.2; De las políticas bases y lineamientos del IMSS.

OBSERVACIONES: Ninguna.

EL PROVEEDOR: OCCINEFGROUP, S.C. NO CUMPLE CON LOS TERMINOS Y CONDICIONES SOLICITADOS EN LA CONVOCATORIA.

Valido
Dr Julio Agustin Bueno Ledesma
Coordinación de prevención a la salud

Reviso
Dra Laura Isela Mayo Rangel
Medico supervisor segundo nivel





EVALUACIÓN TÉCNICA

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DEL TRATADOS AA-50-GYR-050GYR002-T-72-2024
CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS EXTERNA PARA EL HOSPITAL REGIONAL 45 Y 46 PARA EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 DE MARZO AL 15 DE ABRIL.

Fecha: 28 febrero 2024

Table with 3 columns: NO., NOMBRE, RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL LICITANTE, PARTIDA. Row 1: 1, PRESEFA S.A. DE C.V., HGR 45 Y HGR 46

Las evaluaciones de las proposiciones se realizaron de acuerdo con el Criterio de Evaluación Binario, establecido en la convocatoria a la Adjudicación Directa, fundando y motivando las razones para aceptar o desechar la proposición y de acuerdo con el análisis de la documentación presentada en dichas proposiciones, considerando que el factor preponderante para la adjudicación del contrato es el precio más bajo.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA:

Se revisó detalladamente las proposiciones recibidas por los licitantes, a fin de evaluar el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos en la Convocatoria, sus Anexos de la convocatoria a la Adjudicación Directa, tal como se consigna a continuación:

Handwritten signature in blue ink, possibly reading 'Carrillo'.





EVALUACION TECNICA HEMODIALISIS EXTERNA 2024					
PARTIDA	HGR 45 HGR 46	OOAD	JALISCO		
LICITANTE:	PRESEFA S.A. DE C.V.	FECHA:	28/02/2024		
DESCRIPCION	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACION	
Anexo T2 ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS	Cumple				
A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS					
B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES),			NO APLICA		
C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO,	Cumple				
D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,	Cumple				
E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO	Cumple				
Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente.	Cumple				

Salvador



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



OOAD Jalisco
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación de Prevención y Atención a la Salud

DESCRIPCION	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
-------------	-------------------------	----------------------------------	-----------	-------------

• Manual de procedimientos técnicos del Servicio de Hemodiálisis de la unidad en donde se establezca el proceso de Atención al paciente.	Cumple			
• Manual de procedimientos técnicos de enfermería, a donde se establezca el proceso de atención del paciente.	Cumple			
• Copia del contrato de prestación del servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, o en caso de contar del laboratorio propio, copia del aviso de funcionamiento del laboratorio clínico.	Cumple			
• 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.	Cumple			
• 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.	Cumple			

[Handwritten signature]





Table with 5 columns: Description, PRESENTA O CUMPLE, NO PRESENTA O NO CUMPLE, NO APLICA, OBSERVACION. Rows include sanitary records, registration details, and renewal requirements.



Handwritten signature 'Sant'



<ul style="list-style-type: none"> • Para aquellos casos en el que los equipos y bienes de consumo ofertados, de origen Nacional o Internacional, y el participante advierta que no requiere Registro Sanitario, deberá presentar, debidamente referenciado, 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. 	Cumple			
<ul style="list-style-type: none"> • Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis. 	Cumple			
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	Cumple			
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	Cumple			
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	Cumple			

[Handwritten signature]



<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	Cumple			
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	cumple			
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	Cumple			
<ul style="list-style-type: none"> • Escrito por parte del participante 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 discontinuados o no se autoriza su uso en el país de origen. 	Cumple			

Declaración



<p>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 las 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.</p>	Cumple			
<p>Mapa de Ubicación de la Unidad Subrogada de Hemodiálisis. En plataforma electrónica de Google Maps: en el que se indique claramente que la unidad de hemodiálisis subrogada ofertada se encuentra dentro del radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que prestará los servicios. Para los casos de las OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México Sur (D.F. Sur) y Ciudad de México Norte (D.F. Norte), la distancia a demostrar deberá ser dentro del radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que se prestará el servicio.</p>	Cumple			

CONSERVACIÓN / PROTECCIÓN CIVIL	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
<p>Evaluación de Conformidad de 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 secretaria de trabajo y Previsión Social.</p>	cumple			



GOBIERNO DE
MÉXICO



OOAD Jalisco
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación de Prevención y Atención a la Salud

<p>Acreditación 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.</p>	<p>cumple</p>			
--	----------------------	--	--	--

Lo anterior con Fundamento por lo señalado en Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público. En sus artículos 36 y 36 bis, su Reglamento (R.L.A.A.S.S.P.) Artículos 64; así como por lo señalado en las PBL's Institucionales en materia de Adquisiciones en su capítulo 4 numerales 4.21, 4.35, 4.35.1 y 4.35.2; De las políticas bases y lineamientos del IMSS.

OBSERVACIONES: Ninguna.

EL PROVEEDOR PRESEFA S.A. DE C.V. CUMPLE CON LOS TERMINOS Y CONDICIONES SOLICITADOS EN LA CONVOCATORIA

Valido

Dr Julio Agustin Bueno Ledesma
Coordinación de prevención a la salud

Reviso

Dra Laura Isela Mayo Rangel
Medico supervisor segundo nivel





EVALUACIÓN TÉCNICA

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DEL TRATADOS AA-50-GYR-050GYR002-T-72-2024
CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS EXTERNA PARA EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 06 Y 20. PARA EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 DE MARZO AL 15 DE ABRIL.

Fecha: 28 febrero 2024

NO.	NOMBRE, RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL LICITANTE	PARTIDA
1	PROAGE MANAGEMENT	

Las evaluaciones de las proposiciones se realizaron de acuerdo con el Criterio de Evaluación Binario, establecido en la convocatoria a la Adjudicación Directa, fundando y motivando las razones para aceptar o desechar la proposición y de acuerdo con el análisis de la documentación presentada en dichas proposiciones, considerando que el factor preponderante para la adjudicación del contrato es el precio más bajo.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA:

Se revisó detalladamente las proposiciones recibidas por los licitantes, a fin de evaluar el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos en la Convocatoria, sus Anexos de la convocatoria a la Adjudicación Directa, tal como se consigna a continuación:

[Handwritten signature in blue ink]

[Handwritten signature in black ink]





EVALUACION TECNICA HEMODIALISIS EXTERNA 2024						
PARTIDA	HGZ 06 OCOCTLAN HGZ 06 LA BARCA HGZ 20 AUTLAN		OOAD	JALISCO		
LICITANTE:	PROAGE MANAGEMENT		FECHA:	28/02/2024		
DESCRIPCION			PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACION
Anexo T2 ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS			Cumple			
A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS						
B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES),			Cumple			
C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO,			Cumple			
D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,			Cumple			
E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO			Cumple			
Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente.			Cumple			



DESCRIPCION	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
• Manual de procedimientos técnicos del Servicio de Hemodiálisis de la unidad en donde se establezca el proceso de Atención al paciente.	Cumple			
• Manual de procedimientos técnicos de enfermería, a donde se establezca el proceso de atención del paciente.	Cumple			
• Copia del contrato de prestación del servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, o en caso de contar del laboratorio propio, copia del aviso de funcionamiento del laboratorio clínico.	Cumple			
• 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.	Cumple			
• 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.	Cumple			

Daey

[Handwritten signature]





Table with 5 columns: Description, PRESENTA O CUMPLE, NO PRESENTA O NO CUMPLE, NO APLICA, OBSERVACION. Rows include sanitary records, registration details, and renewal requirements.





Table with 5 columns and 5 rows. Each row contains a requirement, the status 'Cumple', and four empty columns. Requirements include: 1. Equipment and goods of national/international origin... 2. Sanitary license or notice of operation... 3. Specialization certificate of nephrologist... 4. Copy of certificates of specialization in nephrology... 5. Free written statement regarding NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.

Handwritten signature in blue ink

Handwritten signature in black ink





Table with 5 columns and 4 rows. The first column contains requirements in Spanish, the second column contains the status 'Cumple', and the remaining three columns are empty.

Handwritten signature





<p>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 las 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.</p>	Cumple			
<p>Mapa de Ubicación de la Unidad Subrogada de Hemodiálisis. En plataforma electrónica de Google Maps: en el que se indique claramente que la unidad de hemodiálisis subrogada ofertada se encuentra dentro del radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que prestará los servicios. Para los casos de las OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México Sur (D.F. Sur) y Ciudad de México Norte (D.F. Norte), la distancia a demostrar deberá ser dentro del radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que se prestará el servicio.</p>	Cumple			

CONSERVACIÓN / PROTECCIÓN CIVIL	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
<p>Evaluación de Conformidad de 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 secretaria de trabajo y Previsión Social.</p>	cumple			

[Handwritten signature]



GOBIERNO DE
MÉXICO



OOAD Jalisco
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación de Prevención y Atención a la Salud

<p>Acreditación 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.</p>	<p>cumple</p>			
--	----------------------	--	--	--

Lo anterior con Fundamento por lo señalado en Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público. En sus artículos 36 y 36 bis, su Reglamento (R.L.A.A.S.S.P.) Artículos 64; así como por lo señalado en las PBL's Institucionales en materia de Adquisiciones en su capítulo 4 numerales 4.21, 4.35, 4.35.1 y 4.35.2; De las políticas bases y lineamientos del IMSS.

OBSERVACIONES: Ninguna.

EL PROVEEDOR PROAGE MANAGEMENT CUMPLE CON LOS TERMINOS Y CONDICIONES SOLICITADOS EN LA CONVOCATORIA

Valido

Dr Julio Agustin Bueno Ledesma
Coordinación de prevención a la salud

Reviso

Dra Laura Isela Mayo Rangel
Medico supervisor segundo nivel