



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS

CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00

CONTRATO **ABIERTO** PARA LA **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE HEMODIALISIS EXTERNA PARA HGZ 06 Y HGZ 20, PARA EL PERIODO DEL 08 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DE 2024**, QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL EJECUTIVO FEDERAL POR CONDUCTO DE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, REPRESENTADA POR LA **C. KARLA GUADALUPE LÓPEZ LÓPEZ**, EN SU CARÁCTER DE **APODERADA LEGAL**, EN ADELANTE **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** Y, POR LA OTRA, LA EMPRESA **PROAGE MANAGEMENT, S.C.**, REPRESENTADA POR LA **C. CAROLINA BONILLA ELVIRA**, EN SU CARÁCTER DE **APODERADA LEGAL**, A QUIENES EN FORMA CONJUNTA O INDIVIDUALMENTE SE LES DENOMINARÁ EN LO SUCESIVO **"EL PROVEEDOR"** Y EN FORMA CONJUNTA CON **"EL INSTITUTO"** SE LES DENOMINARÁ **"LAS PARTES"**, AL TENOR DE LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

### DECLARACIONES

- I. **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** DECLARA QUE:
  - I.1 ES UN ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL CON PERSONALIDAD JURÍDICA Y PATRIMONIO PROPIOS, QUE TIENE A SU CARGO LA ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL, COMO UN SERVICIO PÚBLICO DE CARÁCTER NACIONAL, EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 4 Y 5 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.
  - I.2 ESTÁ FACULTADO PARA CELEBRAR TODA CLASE DE ACTOS JURÍDICOS EN TÉRMINOS DE LA LEGISLACIÓN VIGENTE, PARA LA CONSECUCIÓN DE LOS FINES PARA LOS QUE FUE CREADO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 251 FRACCIÓN IV DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.
  - I.3 CONFORME A LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 251 A Y 268 A DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, 2, FRACCIÓN IV, INCISO A), 8, 139, 144, FRACCIONES I Y XXIII, Y 155, FRACCIÓN XIII, DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, Y DE ACUERDO CON EL PODER QUE LE FUE CONFERIDO EN LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 79,271 DE FECHA 31 DE ENERO DE 2022, OTORGADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO IGNACIO SOTO SOBREYRA Y SILVA, TITULAR DE LA NOTARIA NÚMERO 13 DE LA CIUDAD DE MÉXICO; INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS, CON EL NÚMERO DE FOLIO 97-7-11022022-174007, DE FECHA 11 DE FEBRERO DE 2022, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 24 Y 25, FRACCIÓN IV, DE LA LEY FEDERAL DE LAS ENTIDADES PARAESTATALES, LA **C. KARLA GUADALUPE LÓPEZ LÓPEZ, EN SU CARÁCTER DE APODERADA LEGAL**, ES UN SERVIDOR PÚBLICO ADSCRITO A LA MISMA QUE CUENTA CON FACULTADES LEGALES PARA CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO, QUIEN PODRÁ SER SUSTITUIDO EN CUALQUIER MOMENTO EN SU CARGO O FUNCIONES, SIN QUE POR ELLO, SEA NECESARIO CELEBRAR UN CONVENIO MODIFICATORIO.
  - I.4 EL **C. JULIO AGUSTIN BUENO LEDESMA, COORDINADOR DE PREVENCION Y ATENCION A LA SALUD**, INTERVIENE COMO RESPONSABLE DE ADMINISTRAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LOS NUMERALES 5.3.15 Y 5.4.13 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DESIGNADO MEDIANTE OFICIO NUMERO **14A660612000/010/0488/2024** DE FECHA **26 DE MARZO DEL 2024**, EL CUAL FORMA PARTE DEL PRESENTE INSTRUMENTO LEGAL COMO **ANEXO NÚMERO 4 (CUATRO)**.
  - I.5 **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** CUENTA CON SUFICIENCIA PRESUPUESTARIA EN LA PARTIDA PRESUPUESTAL NÚMERO **42061604** OTORGADA MEDIANTE LOS CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL NÚMEROS **0000049402-2024** DE FECHA **14 DE FEBRERO DE 2024**, Y **0000049750-2024** DE FECHA **26 DE MARZO DE 2024**, EMITIDOS POR EL TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS.
  - I.6 LA ADJUDICACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO SE REALIZÓ MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO DE **ADJUDICACIÓN DIRECTA NÚMERO AA-50-GYR-050GYR002-T-88-2024**, AL AMPARO DE LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; Y ARTICULOS ARTÍCULOS **26 FRACCIÓN III, 26 BIS FRACCIÓN I, 28 FRACCIÓN II, 29, 30, 32,**

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024.

La revisión jurídica se efectuó sin prejuzgar sobre la justificación, procedimiento, términos y condiciones de la contratación, ni del resultado de la investigación de mercado correspondiente, ni se realiza sobre la procedencia y/o viabilidad de los aspectos técnicos, económicos y las demás circunstancias que determinan los procedimientos las áreas requerente, técnica y/o contratante.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS

CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00

**34, 35, 37, 40, 41 FRACCIÓN V, 45, 46, 47, 48 FRACCIÓN II**, DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

**I.7** PARA EFECTOS FISCALES LAS AUTORIDADES HACENDARIAS LE HAN ASIGNADO EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES N° **IMS421231145**.

**I.8** TIENE ESTABLECIDO SU DOMICILIO EN **BELISARIO DOMÍNGUEZ NO. 1000, SECTOR LIBERTAD, C. P. 44340, COLONIA INDEPENDENCIA EN LA CIUDAD DE GUADALAJARA, JALISCO**, MISMO QUE SEÑALA PARA LOS FINES Y EFECTOS LEGALES DEL PRESENTE CONTRATO.

**II.** "EL PROVEEDOR" DECLARA POR CONDUCTO DE SU APODERADA LEGAL DECLARA QUE:

**II.1** ES UNA PERSONA MORAL LEGALMENTE CONSTITUIDA SEGÚN CONSTA EN LA **ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 42,391** DE FECHA **16 DE MAYO DE 2018**, PASADA ANTE LA FE DEL **LICENCIADO PABLO GONZÁLEZ VÁZQUEZ**, TITULAR DE LA **NOTARIA PÚBLICA 35 DE ZAPOPAN, JALISCO**; E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DE COMERCIO, DE GUADALAJARA, JALISCO, BAJO EL FOLIO ELECTRONICO NÚMERO 35842 1 DE FECHA 24 DE MAYO DE 2018. ASIMISMO, **MEDIANTE ESCRITURA PÚBLICA NUMERO 13,150 DE FECHA 12 DE OCTUBRE DE 2022**, PASADA ANTE LA FE DEL **LICENCIADO SALVADOR COSÍO GAONA**, TITULAR DE LA **NOTARIA PÚBLICA 08 DE ZAPOPAN, JALISCO**, INSCRITA EN EL REGISTRO PUBLICO DE LA PROPIEDAD Y DE COMERCIO DE GUADALAJARA, JALISCO, BAJO FOLIO ELECTRONICO NUMERO 35842, DE FECHA 30 DE NOVIEMBRE DE 2022, SE PROTOCOLIZÓ EL ACTA ASAMBLEA GENERAL DE SOCIOS EN LA CUAL SE ACORDO, ENTRE OTROS PUNTOS, MODIFICAR EL OBJETO SOCIAL DELA SOCIEDAD.

**II.2** DE ACUERDO CON SUS ESTATUTOS, SU OBJETO SOCIAL CONSISTE, ENTRE OTROS EN: **LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PROFESIONAL DE LA MEDICINA EN TODAS Y CADA UNA DE SUS RAMAS Y AQUELLAS QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE RELACIONEN CON LA MEDICINA Y CON LA SALUD. PROVEER SERVICIOS DE SALUD ENTRE LOS QUE SE ENCUENTRAN LA HEMODIALISIS Y LA COLOCACIÓN DE CATETERES, ASÍ COMO LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS HEMODIALISIS PERITONEAL, TRANSPLANTE RENAL Y TODO TIPO DE METODOS DE PURIFICACIÓN SANGUINEA CON LOS RESPECTIVOS RECURSOS MATERIALES PARA SU REALIZACIÓN.**

**II.3** LA **C. CAROLINA BONILLA ELVIRA**, EN SU CARÁCTER DE **APODERADA LEGAL**, CUENTA CON FACULTADES SUFICIENTES PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONTRATO Y OBLIGAR A SU REPRESENTADO, COMO LO ACREDITA CON **ESCRITURA PÚBLICA NUMERO 13,150 DE FECHA 12 DE OCTUBRE DE 2022**, PASADA ANTE LA FE DEL **LICENCIADO SALVADOR COSÍO GAONA**, TITULAR DE LA **NOTARIA PÚBLICA 08 DE ZAPOPAN, JALISCO**, CON JURISDICCIÓN EN LA SUBREGIÓN NOTARIAL "CENTRO CONURBADA" DEL ESTADO, INSTRUMENTO QUE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTA NO LE HA SIDO LIMITADO NI REVOCADO EN FORMA ALGUNA.

**II.4** REÚNE LAS CONDICIONES TÉCNICAS, JURÍDICAS Y ECONÓMICAS, Y CUENTA CON LA ORGANIZACIÓN Y ELEMENTOS NECESARIOS PARA SU CUMPLIMIENTO.

**II.5** CUENTA CON SU REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES **PMA180517MF8** Y REGISTRO PATRONAL ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y EL INFONAVIT NÚMERO: [REDACTED]

**II.6** MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, ESTÁ AL CORRIENTE EN LOS PAGOS DE SUS OBLIGACIONES FISCALES, EN ESPECÍFICO LAS PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 32-D DEL CÓDIGO FISCAL FEDERAL VIGENTE, ASÍ COMO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, ANTE EL INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES (INFONAVIT) Y EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS); LO QUE ACREDITA CON LAS OPINIONES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FISCALES Y EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SENTIDO POSITIVO, EMITIDAS POR EL SAT E IMSS, RESPECTIVAMENTE, ASÍ COMO CON LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL EN MATERIA DE APORTACIONES PATRONALES Y ENTERO DE DESCUENTOS, SIN ADEUDO, EMITIDA POR EL INFONAVIT, LAS CUALES SE ENCUENTRAN VIGENTES Y OBRAN EN EL EXPEDIENTE RESPECTIVO.

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción Vii, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS

CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00

- II.7** MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, NO ENCONTRARSE EN LOS SUPUESTOS DE LOS ARTÍCULOS 50 Y 60 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.
- II.8** MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE NI EL, NI LOS SOCIOS O ACCIONISTAS DE SU REPRESENTADA DESEMPEÑAN, CARGO O COMISIÓN EN EL SERVICIO PÚBLICO O, EN SU CASO, QUE, A PESAR DE DESEMPEÑARLO, CON LA FORMALIZACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO NO SE ENCUENTRA BAJO CONFLICTO DE INTERESES.
- II.9** CONFORME A LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 57 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 107 DE SU REGLAMENTO, "EL PROVEEDOR" EN CASO DE AUDITORÍAS, VISITAS O INSPECCIONES QUE PRACTIQUE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN "LA DEPENDENCIA O ENTIDAD" DEBERÁ PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN QUE EN SU MOMENTO SE REQUIERA RELATIVA AL PRESENTE CONTRATO.
- II.10** SEÑALA COMO SU DOMICILIO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES EL UBICADO EN **GILARDI NÚMERO 589, COLONIA SANTA TERESITA, C.P. 44600, GUADALAJARA, JALISCO.**

### III. DE "LAS PARTES":

- III.1** QUE ES SU VOLUNTAD CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO Y SUJETARSE A SUS TÉRMINOS Y CONDICIONES, PARA LO CUAL SE RECONOCEN AMPLIAMENTE LAS FACULTADES Y CAPACIDADES NECESARIAS, MISMAS QUE NO LES HAN SIDO REVOCADAS O LIMITADAS EN FORMA ALGUNA, POR LO QUE DE COMÚN ACUERDO SE OBLIGAN DE CONFORMIDAD CON LAS SIGUIENTES:

## CLÁUSULAS

### PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO.

"EL PROVEEDOR" ACEPTA Y SE OBLIGA A PROPORCIONAR A "LA DEPENDENCIA O ENTIDAD" EL SERVICIO DE HEMODIALISIS EXTERNA PARA HGZ 06 Y HGZ 20, PARA EL PERIODO DEL 08 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DE 2024, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS EN ESTE CONTRATO Y SU ANEXO 3 (TRES) TERMINOS Y CONDICIONES Y ANEXO TECNICO, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL MISMO.

### SEGUNDA. MONTO DEL CONTRATO

"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD" PAGARÁ A "EL PROVEEDOR" COMO CONTRAPRESTACIÓN POR LOS SERVICIOS OBJETO DE ESTE CONTRATO, LA CANTIDAD MÍNIMA DE **\$4'544,750.00 (CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M.N.)**, MÁS EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.), POR **\$727,160.00 (SETECIENTOS VEINTISIETE MIL CIENTO SESENTA PESOS 00/100 M.N.)**, Y UN MONTO MÁXIMO DE **\$11'361,000.00 (ONCE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y UN MIL PESOS 00/100 M.N.)**, MÁS EL I.V.A., POR **\$1'817,760.00 (UN MILLON OCHOCIENTOS DIECISIETE MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS 00/100 M.N.)**

EL PRECIO UNITARIO DEL PRESENTE CONTRATO Y POR LA CANTIDAD SEÑALADA, EN EL **ANEXO 2 (DOS)**, DEL MISMO.

LOS PRECIOS UNITARIOS SON CONSIDERADOS FIJOS 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 HEMODIALISIS EXTERNA PARA HGZ 06 Y HGZ 20, PARA EL PERIODO DEL 08 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DE 2024**, POR LO QUE "EL PROVEEDOR" NO PODRÁ AGREGAR NINGÚN COSTO EXTRA Y LOS PRECIOS SERÁN INALTERABLES DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO.

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: **SCCI4-04-025-004/2024**

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS**

**CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00**

LAS PARTES CONVIENEN EXPRESAMENTE QUE LAS OBLIGACIONES DE ESTE CONTRATO, CUYO CUMPLIMIENTO SE ENCUENTRA PREVISTO REALIZAR DURANTE LOS EJERCICIOS FISCALES DE 2024, QUEDARÁN SUJETAS PARA FINES DE SU EJECUCIÓN Y PAGO A LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA, CON QUE CUENTE **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"**, CONFORME AL PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN QUE PARA EL EJERCICIO FISCAL CORRESPONDIENTE APROBÓ LA CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN, SIN QUE LA NO REALIZACIÓN DE LA REFERIDA CONDICIÓN SUSPENSIVA ORIGINE RESPONSABILIDAD PARA ALGUNA DE LAS PARTES.

#### **TERCERA. ANTICIPO.**

PARA EL PRESENTE CONTRATO **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** NO OTORGARÁ ANTICIPO A **"EL PROVEEDOR"**

#### **CUARTA. FORMA Y LUGAR DE PAGO.-**

SE EFECTUARÁN PAGOS POR SERVICIO DEVENGADO A **"EL PROVEEDOR"**, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 51 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 93 DE SU REGLAMENTO, ASÍ COMO POR LO ESTABLECIDO EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE AGREGAN AL PRESENTE CONTRATO EN EL **ANEXO 3 (TRES)**.

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 PROVEEDOR 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 JEFE DE SERVICIO, SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y/O DIRECTOR MÉDICO, DICHO REPORTE DEBERÁ SER NOTIFICADO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

EN CASO DE QUE EL PROVEEDOR 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 LAS OOAD (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 ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

EL PROVEEDOR DEBERÁ EXPEDIR SUS COMPROBANTES FISCALES DIGITALES (CFDI) EN EL ESQUEMA DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA, CON LAS ESPECIFICACIONES NORMADAS EN LOS ARTÍCULOS 29 Y 29-A DEL CFF, ASÍ COMO LAS QUE EMITA EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA (SAT) A NOMBRE DEL INSTITUTO, CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES IMS421231145 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, ALCALDÍA 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" EL ARCHIVO EN FORMATO XML, LA VALIDEZ DE LOS MISMOS SERÁ DETERMINADA DURANTE LA CARGA Y ÚNICAMENTE LOS COMPROBANTES VÁLIDOS SERÁN PROCEDENTES PARA PAGO.

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS**

**CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00**

EL PAGO SE REALIZARÁ MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS Y EN LA FECHA, A TRAVÉS DEL ESQUEMA ELECTRÓNICO INTERBANCARIO QUE EL INSTITUTO TIENE EN OPERACIÓN, PARA TAL EFECTO EL PROVEEDOR DEBERÁ PROPORCIONAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR EL DEPARTAMENTO DE TESORERÍA, PARA DAR DE ALTA EN EL SISTEMA DEL INSTITUTO, LA CUENTA BANCARIA, (NO DEBERÁ SER REFERENCIADA NI CONCENTRADORA), CLABE, BANCO Y SUCURSAL A MENOS QUE ÉSTE ACREDITE EN FORMA FEHACIENTE LA IMPOSIBILIDAD PARA ELLO.

"EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A NO CANCELAR ANTE EL SAT LOS COMPROBANTE FISCAL DIGITAL (CFDI) A FAVOR DE "EL INSTITUTO" PREVIAMENTE VALIDADOS EN EL PORTAL DE SERVICIOS A PROVEEDORES, SALVO JUSTIFICACIÓN Y COMUNICACIÓN POR PARTE DEL MISMO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO PARA SU AUTORIZACIÓN EXPRESA, DEBIENDO ÉSTE INFORMAR A LAS ÁREAS DE TRÁMITE DE EROGACIONES DE DICHA JUSTIFICACIÓN Y REPOSICIÓN DEL CFDI EN SU CASO.

AL NOTIFICAR AL PROVEEDOR LA APLICACIÓN DE UNA PENA CONVENCIONAL, EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO DEBERÁ SOLICITAR A LAS ÁREAS DE CONTABILIDAD DEL OOAD, LA EMISIÓN DEL CFDI DE INGRESO POR DICHO CONCEPTO Y ENTREGARLO AL PROVEEDOR PARA QUE SE COMPENSE CONTRA LOS ADEUDOS QUE TENGA EL INSTITUTO PARA CON EL PROVEEDOR O, PARA QUE EN SU DEFECTO, ÉSTE PROCEDA A PAGAR AL INSTITUTO LA PENA CONVENCIONAL.

EL PAGO DE LOS SERVICIOS QUEDARÁ CONDICIONADO PROPORCIONALMENTE AL PAGO QUE EL PROVEEDOR DEBA EFECTUAR POR CONCEPTOS DE PENAS CONVENCIONALES Y/O DEDUCCIONES. EN AMBOS CASOS, EL IMSS REALIZARÁ LAS RETENCIONES CORRESPONDIENTES SOBRE EL CFDI QUE SE PRESENTE PARA PAGO. EN EL ENTENDIDO DE QUE EN EL SUPUESTO DE QUE SEA RESCINDIDO EL CONTRATO, NO PROCEDERÁ EL COBRO DE DICHAS PENALIZACIONES, NI LA CONTABILIZACIÓN DE LAS MISMAS PARA HACER EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR EL ARTÍCULO 95 DEL RLAASSP.

JUNTO CON LA FACTURA PARA LOS CONTRATOS CUYO MONTO SEA DE \$300,000.00 (TRESCIENTOS MIL PESOS 00/100 M.N.) O SUPERIOR DEBERÁ ADJUNTAR LA OPINIÓN POSITIVA Y VIGENTE DEL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL.

EL INSTITUTO EFECTUARA INVARIABLEMENTE EL PAGO DE LOS SERVICIOS OTORGADOS, A TRAVÉS DEL ESQUEMA ELECTRÓNICO INTRABANCARIO QUE EL IMSS TIENE EN OPERACIÓN, CON LAS INSTITUCIONES BANCARIAS SIGUIENTES: BANAMEX, S.A., BBVA, S.A., BANORTE, S.A. Y SCOTIABANK INVERLAT, S.A., PARA TAL EFECTO DEBERÁ PRESENTAR ESCRITO DIRIGIDO AL, TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE TESORERÍA, UBICADO EN BELISARIO DOMÍNGUEZ NO. 1000, EN GUADALAJARA, JALISCO, EN HORARIOS DE 9:00 A 15:00 HORAS. EN EL CUAL INDICARA: RAZÓN SOCIAL, DOMICILIO FISCAL, NÚMERO TELEFÓNICO Y FAX, NOMBRE COMPLETO DEL APODERADO LEGAL CON FACULTADES DE COBRO Y SU FIRMA, NÚMERO DE CUENTA DE CHEQUES (NÚMERO DE CLAVE BANCARIA ESTANDARIZADA), BANCO, SUCURSAL Y PLAZA, ASÍ COMO, NÚMERO DE PROVEEDOR ASIGNADO POR EL IMSS, ADEMÁS DE ANEXAR EN ORIGINAL Y COPIA LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- A) ESTADO DE CUENTA NO MAYOR A TRES MESES DE ANTIGÜEDAD
- B) COMPROBANTE DE DOMICILIO
- C) IDENTIFICACIÓN OFICIAL (IFE O PASAPORTE VIGENTE)
- D) CEDULA DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (R.F.C.)

EN CASO DE QUE EL PROVEEDOR SOLICITE EL ABONO EN UNA CUENTA CONTRATADA EN UN BANCO DIFERENTE A LOS ANTES CITADOS (INTERBANCARIO), EL IMSS REALIZARÁ LA INSTRUCCIÓN DE PAGO EN LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL CONTRA RECIBO Y SU APLICACIÓN SE LLEVARÁ A CABO AL DÍA HÁBIL SIGUIENTE, DE ACUERDO CON EL MECANISMO ESTABLECIDO POR CECOBAN.

ANEXO A LA SOLICITUD DE PAGO ELECTRÓNICO (INTRABANCARIO E INTERBANCARIO) EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR ORIGINAL Y COPIA DE LA CÉDULA DEL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES, PODER

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS**

**CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00**

NOTARIAL E IDENTIFICACIÓN OFICIAL; LOS ORIGINALES SE SOLICITAN ÚNICAMENTE PARA COTEJAR LOS DATOS Y LES SERÁN DEVUELTOS EN EL MISMO ACTO.

EL PROVEEDOR CUMPLIRÁ CON LA INSCRIPCIÓN DE SUS TRABAJADORES EN EL RÉGIMEN OBLIGATORIO DEL SEGURO SOCIAL ASÍ COMO CON EL PAGO DE LAS CUOTAS OBRERO PATRONALES A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LO DISPUESTO EN LA LEY DEL SEGURO SOCIAL. EL INSTITUTO PODRÁ VERIFICAR EN CUALQUIER MOMENTO EL CUMPLIMIENTO DE DICHA OBLIGACIÓN.

ASÍ MISMO EL PROVEEDOR ACEPTA QUE PREVIO AL COBRO DE CUALQUIER FACTURA, QUE DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 40 B, ÚLTIMO PÁRRAFO, DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, EN EL SUPUESTO DE QUE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO, SE GENEREN CUENTAS POR LIQUIDAR A SU CARGO, LIQUIDAS Y EXIGIBLES A FAVOR DE EL INSTITUTO, LE SEAN APLICADOS COMO DESCUENTO EN LOS RECURSOS QUE LE CORRESPONDA PERCIBIR CON MOTIVO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, CONTRA LOS ADEUDOS QUE, EN SU CASO, TUVIERA POR CONCEPTO DE CUOTAS OBRERO PATRONALES.

EN CASO DE QUE "EL PROVEEDOR" CELEBRE CONTRATOS DE CESIÓN DE DERECHOS DE COBRO, DEBERÁ NOTIFICARLO AL INSTITUTO, CON UN MÍNIMO DE 5 (CINCO) DÍAS NATURALES ANTERIORES A LA FECHA DE PAGO PROGRAMADA, ENTREGANDO INVARIABLEMENTE UNA COPIA DE LOS CONTRA-RECIBOS CUYO IMPORTE SE CEDE, ADEMÁS DE LOS DOCUMENTOS SUSTANTIVOS DE DICHA CESIÓN, DE IGUAL FORMA LOS QUE CELEBREN CONTRATO DE CESIÓN DE DERECHOS DE COBRO A TRAVÉS DE FACTORAJE FINANCIERO CONFORME AL PROGRAMA DE CADENAS PRODUCTIVAS DE NACIONAL FINANCIERA, S.N.C., INSTITUCIÓN DE BANCA DE DESARROLLO

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

EL PROVEEDOR DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DEBERÁ ENTREGAR AL INSTITUTO JUNTO CON LA FACTURA DE COBRO RESPECTIVA, LA OPINIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, VIGENTE Y POSITIVA.

EL CFDI DEBERÁ PRESENTARSE ANTE LA OFICINA DE TRÁMITE Y EROGACIONES 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 CONTRATO.

### **MECANISMOS DE COMPROBACIÓN, SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS Y EFECTIVAMENTE PRESTADOS.**

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.

EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR A LA FECHA DEL CORTE DE LOS SERVICIOS, LA REPRESENTACIÓN IMPRESA DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL (FACTURA ELECTRÓNICA), ANEXO T10 RELACIÓN DE ASISTENCIA DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS SUBROGADA Y EL REPORTE DE SESIONES EFECTIVAMENTE OTORGADAS, EN EL PERIODO OBTENIDO DEL SISTEMA DEL INSTITUTO, EN CASO DE QUE EL PROVEEDOR 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.

EN CASO DE QUE EL PROVEEDOR NO CUENTE CON SISTEMA DE INFORMACIÓN Y MENSAJERÍA HL7 CERTIFICADO Y LA INFORMACIÓN SE ENVÍE EN ARCHIVO DE TEXTO, ADICIONALMENTE ENTREGARÁ COPIAS

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS**

**CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00**

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 LAS OOAD (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 ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

**NIVELES DE SERVICIO.-**

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

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO
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.	UNA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DEL 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. 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.	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

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS**

**CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00**

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	DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DIAS HABILÉS DEL MES DE MAYO.
CANJE - REPOSICIÓN DE BIENES POR VICIOS OCULTOS O PROBLEMAS DE CALIDAD.	CUANDO EXCEDE DE 05 (CINCO) DÍAS NATURALES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE NOTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE CANJE-REPOSICIÓN.
EL PROVEEDOR REALIZARA LA ENTREGA EN LAS OFICINAS DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO CON COPIA A LA CPAS CONFORME AL NUMERAL XVI INCISO B) NÚMERO 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 SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7	DENTRO DE LOS 05 (CINCO) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DE LA ADJUDICACIÓN.
CAPACITACIÓN PREVIA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.  EL PROVEEDOR DEBERÁ 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 05 (CINCO) HABILÉS CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DE LA ADJUDICACIÓN.

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
 EQUIPAMIENTO  
 OFICINA DE CONTRATOS**

**CONTRATO NÚMERO  
 050GYR002T08824-001-00**

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO
<p>CAPACITACIÓN CONTINUA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.</p> <p>EL PROVEEDOR 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.</p>	<p>EN UN PLAZO MÁXIMO DE 05 (CINCO) DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE HABERSE SOLICITADO AL PROVEEDOR.</p>
<p>INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN, DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN CONFORME AL ANEXO TÉCNICO Y LA ETIMSS 5640-023-004 - VIGENTE</p>	<p>DENTRO DE LOS 05 (CINCO) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DE LA ADJUDICACIÓN.</p>
<p>EL PROVEEDOR PROPORCIONARÁ AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO CON COPIA A LA CPAS CONFORME AL ANEXO TÉCNICO UN CALENDARIO DE DESPLIEGUE DEL SISTEMA EVALUADO CONSIDERANDO TODAS LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS INCLUIDAS EN EL CONTRATO</p>	<p>DENTRO DE LOS 2 (DOS) DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA FECHA DE APROBACIÓN EXITOSA EN SITIO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EVALUADO.</p>
<p>ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7 A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO, CONFORME A LA (ETIMSS), 5640-023-004 VIGENTE ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE HEMODIÁLISIS EXTRAMUROS, NECESARIO PARA LA TRANSMISIÓN DE DATOS A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO.</p>	<p>EL PROVEEDOR DEBERÁ ENVIAR Y RECIBIR LA TOTALIDAD (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 CONFORME A LA ETIMSS VIGENTE.</p>

**QUINTA.**

**PLAZO Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.**

**“EL PROVEEDOR” SE OBLIGA A PRESTAR A “EL INSTITUTO” EL SERVICIO QUE SE MENCIONA EN LA CLÁUSULA PRIMERA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LOS TERMINOS Y CONDICIONES Y ANEXO TECNICO INTEGRADOS EN EL ANEXO 3 (TRES) DEL MISMO,**

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS

CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00

APEGÁNDOSE A LAS CONDICIONES, ALCANCES Y CARACTERÍSTICAS DETALLADAS EN LA SOLICITUD DE COTIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DEL CUAL DERIVA EL PRESENTE CONTRATO.

**EL PLAZO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA SERÁ A PARTIR DEL DÍA 08 DE ABRIL DE 2024.**

EL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SERÁ DEL **08 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DE 2024.**

#### **CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

EL PROVEEDOR 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 PROVEEDOR, ESTABLECIDO EN EL **ANEXO TO** DEL PRESENTE CONTRATO.

POR NINGÚN MOTIVO PODRÁ EL PRESTADOR DEL SERVICIO OTORGAR ÉSTE A TRAVÉS DE TERCEROS O EN INSTALACIONES DISTINTAS A LAS PROPUESTAS Y ESTIPULADAS EN EL PRESENTE CONTRATO.

EL HORARIO DE SERVICIO SERÁ DE LAS **7:00 A LAS 21:00 HORAS DE LUNES A SÁBADO; INCLUSO DÍAS FESTIVOS**, DE CONFORMIDAD CON LO QUE INDICA "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ CUMPLIR CON LO SEÑALADO EN EL PRESENTE CONTRATO Y SUS ANEXOS.

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 TI (T-UNO)**, EL CUAL FORMA PARTE DEL PRESENTE CONTRATO.

#### **SEXTA. VIGENCIA**

**"LAS PARTES"** CONVIENEN EN QUE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ DEL **08 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DE 2024.**

#### **SÉPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO.**

**"LAS PARTES"** ESTÁN DE ACUERDO QUE LA **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** POR RAZONES FUNDADAS Y EXPLÍCITAS PODRÁ AMPLIAR EL MONTO O LA CANTIDAD DE LOS SERVICIOS, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 52 DE LA "LAASSP", SIEMPRE Y CUANDO LAS MODIFICACIONES NO REBASAN 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.

**"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"**, PODRÁ AMPLIAR LA VIGENCIA DEL PRESENTE INSTRUMENTO, SIEMPRE Y CUANDO, NO IMPLIQUE INCREMENTO DEL MONTO CONTRATADO O DE LA CANTIDAD DEL SERVICIO, SIENDO NECESARIO QUE SE OBTENGA EL PREVIO CONSENTIMIENTO DEL PROVEEDOR.

DE PRESENTARSE CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR, O POR CAUSAS ATRIBUIBLES A **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"**, 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 LOS DOS PÁRRAFOS ANTERIORES, NO PROCEDERÁ LA APLICACIÓN DE PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO.

CUALQUIER MODIFICACIÓN AL PRESENTE CONTRATO DEBERÁ FORMALIZARSE POR ESCRITO, Y DEBERÁ SUSCRIBIRSE POR EL SERVIDOR PÚBLICO DE **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** QUE LO HAYA HECHO, O

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS

CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00

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.

**"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** 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

- A) **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.-** "EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A ENTREGAR A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA FIRMA DE ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO, EN TÉRMINOS DE LA FRACCIÓN II DEL ARTÍCULO 48 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, UNA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO, MEDIANTE FIANZA EXPEDIDA POR COMPAÑÍA AUTORIZADA EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 81, FRACCIÓN VI DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS A FAVOR DEL "INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL" POR UN MONTO EQUIVALENTE AL 10% (DIEZ POR CIENTO) SOBRE EL IMPORTE MÁXIMO QUE SE INDICA EN LA CLÁUSULA SEGUNDA DEL PRESENTE CONTRATO, SIN CONSIDERAR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.), EN MONEDA NACIONAL.

"EL PROVEEDOR" QUEDA OBLIGADO A ENTREGAR A "EL INSTITUTO" LA PÓLIZA DE FIANZA ANTES SEÑALADA, EN LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO, UBICADA EN **PERIFÉRICO SUR NÚMERO 8000, COLONIA SANTA MARIA TEQUEPEXPAN, EN SAN PEDRO TLAQUEPAQUE JALISCO, CÓDIGO POSTAL 45600.**

LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO SE LIBERARÁ MEDIANTE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO POR PARTE DEL INSTITUTO EN FORMA INMEDIATA, SIEMPRE Y CUANDO EL PROVEEDOR HAYA CUMPLIDO A SATISFACCIÓN DEL INSTITUTO, CON TODAS LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.

ESTA GARANTÍA DEBERÁ PRESENTARSE A MÁS TARDAR, DENTRO DE LOS DIEZ DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA DE FIRMA DEL CONTRATO, EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 48 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO (LAASSP).

ASIMISMO, EN LA PÓLIZA DE FIANZA DEBERÁ ASENTARSE LO SIGUIENTE:

- A). QUE LA FIANZA SE OTORGA ATENDIENDO A TODAS LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO.  
B). QUE PARA CANCELAR LA FIANZA, SERÁ REQUISITO CONTAR CON LA CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO TOTAL DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.  
C). QUE LA FIANZA PERMANECERÁ VIGENTE DURANTE EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN QUE GARANTICE Y CONTINUARA VIGENTE EN CASO DE QUE SE OTORQUE PRORROGA AL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, ASÍ COMO DURANTE LA SUBSTANCIACIÓN DE TODOS LOS RECURSOS LEGALES O DE LOS JUICIOS QUE SE INTERPONGAN Y HASTA QUE SE DICTE RESOLUCIÓN DEFINITIVA QUE QUEDE FIRME, Y

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS**

**CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00**

**D).** QUE LA AFIANZADORA ACEPTA EXPRESAMENTE SOMETERSE A LOS PROCEDIMIENTOS DE EJECUCIÓN PREVISTOS EN LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS PARA LA EFECTIVIDAD DE LAS FIANZAS, AUN PARA EL CASO DE QUE PROCEDA EL COBRO DE INDEMNIZACIÓN DE MORA, CON MOTIVO DEL PAGO EXTEMPORÁNEO DEL IMPORTE DE LA PÓLIZA DE FIANZA REQUERIDA. TRATÁNDOSE DE DEPENDENCIAS, EL PROCEDIMIENTO DE EJECUCIÓN SERÁ EL PREVISTO EN EL ARTICULO 282 DE LA CITADA LEY, DEBIÉNDOSE ATENDER PARA EL COBRO DE INDEMNIZACIÓN POR MORA LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 283 DE DICHA LEY;

LA FIANZA DE GARANTÍA SE HARÁ EFECTIVA, EN SU CASO POR EL MONTO TOTAL DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA; EN CASO DE QUE POR LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, ESTOS NO PUEDAN FUNCIONAR O SER UTILIZADOS POR EL ÁREA SOLICITANTE DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, POR ESTAR INCOMPLETOS, LA GARANTÍA SIEMPRE SE HARÁ EFECTIVA POR EL MONTO TOTAL DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA.

EN CASO DE DISCREPANCIA ENTRE EL CONTENIDO DE LA SOLICITUD DE COTIZACION Y EL CONTRATO, PREVALECE LO ESTABLECIDO EN LA REFERIDA SOLICITUD DE COTIZACION.

UNA VEZ QUE EL PROVEEDOR CUMPLA SUS OBLIGACIONES DERIVADAS DE ESTE CONTRATO A SATISFACCIÓN DE EL INSTITUTO, EL ÁREA CONTRATANTE (COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO) PROCEDERÁ A EXTENDER LA CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO PARA QUE EL PROVEEDOR INICIE EL TRÁMITE DE CANCELACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO, PARA LO CUAL "EL PROVEEDOR" SOLICITARA POR ESCRITO LA CANCELACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.

EL ÁREA CONTRATANTE, MEDIANTE OFICIO DEBERÁ SOLICITAR AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, RATIFIQUE SI "EL PROVEEDOR" CUMPLIÓ CON LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE CONTRATO, SOLICITÁNDOLE QUE EXPRESE POR ESCRITO EN UN TÉRMINO NO MAYOR A 30 DÍAS NATURALES, SI EL PROVEEDOR HA CUMPLIDO, EN TIEMPO Y FORMA, Y A ENTERA SATISFACCIÓN DE "EL INSTITUTO" CON LA TOTALIDAD DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN EL CONTRATO Y/O SUS CONVENIOS.

EL ÁREA CONTRATANTE, INFORMARA A "EL PROVEEDOR" LA DETERMINACIÓN DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

DICHA PÓLIZA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO SE LIBERARÁ DE FORMA INMEDIATA A "EL PROVEEDOR" UNA VEZ QUE "EL INSTITUTO" LE OTORQUE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO, PARA QUE ÉSTE PUEDA SOLICITAR A LA AFIANZADORA CORRESPONDIENTE LA CANCELACIÓN DE LA FIANZA, AUTORIZACIÓN QUE SE ENTREGARÁ A "EL PROVEEDOR" SIEMPRE QUE DEMUESTRE HABER CUMPLIDO CON LA TOTALIDAD DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO; PARA LO ANTERIOR DEBERÁ PRESENTAR MEDIANTE ESCRITO LA SOLICITUD DE LIBERACIÓN DE LA FIANZA EN LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO, UBICADA EN **PERIFERICO SUR NÚMERO 8000, COLONIA SANTA MARIA TEQUEPEXPA, EN SAN PEDRO TLAQUEPAQUE JALISCO, CÓDIGO POSTAL 45600**, MISMA QUE LLEVARÁ A CABO EL PROCEDIMIENTO PARA SU LIBERACIÓN Y ENTREGA.

ENDOSO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.- EN EL SUPUESTO DE QUE "EL INSTITUTO" Y POR ASÍ CONVENIR A SUS INTERESES, DECIDIERA MODIFICAR EN CUALQUIERA DE SUS PARTES EL PRESENTE CONTRATO, "EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A OTORGAR EL ENDOSO DE LA PÓLIZA DE GARANTÍA ORIGINALMENTE ENTREGADA, EN EL QUE CONSTE LAS MODIFICACIONES O CAMBIOS EN LA RESPECTIVA FIANZA, OBSERVÁNDOSE LOS MISMOS TÉRMINOS Y CONDICIONES SEÑALADOS EN LA PRESENTE CLÁUSULA PARA LA ENTREGA DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO, DEBIÉNDOLE ENTREGAR "EL PROVEEDOR" A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA FIRMA DEL CONVENIO RESPECTIVO.

EN EL SUPUESTO DE QUE EL MONTO DEL CONTRATO ADJUDICADO SEA IGUAL O MENOR A 900 UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN (UMA), EL PROVEEDOR PODRÁ PRESENTAR LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTIPULADAS EN EL CONTRATO, MEDIANTE FIANZA O CHEQUE CERTIFICADO O DE CAJA, DEPÓSITO DE DINERO CONSTITUIDO A TRAVÉS DE CERTIFICADO O BILLETE DE DEPÓSITO DE DINERO

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS**

**CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00**

EXPEDIDO POR INSTITUCIÓN DE CRÉDITO AUTORIZADA O DEPÓSITO DE DINERO ANTE EL INSTITUTO, POR UN IMPORTE EQUIVALENTE AL 10% (DIEZ POR CIENTO) DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO, SIN CONSIDERAR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO A FAVOR DE "EL INSTITUTO", PARA LO CUAL SE DEBERÁ SEGUIR EL PROCEDIMIENTO SIGUIENTE:

- LA GARANTÍA DEBERÁ EXPEDIRSE A NOMBRE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
- DICHA GARANTÍA DEBERÁ DE SER RESGUARDADO EN LA OFICINA DE CONTRATOS SITA EN PERIFÉRICO SUR NO. 8000 COLONIA SANTA MARÍA TEQUEPEXAN, EN TLAQUEPAQUE, JALISCO, C.P. 45600.
- EL DOCUMENTO QUE AMPARE LA GARANTÍA SERÁ DEVUELTO A MÁS TARDAR EL SEGUNDO DÍA HÁBIL POSTERIOR A QUE EL INSTITUTO CONSTATE EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO. EN ESTE CASO,

LA GARANTIA SERÁ DEVUELTO A MÁS TARDAR EL SEGUNDO DÍA HÁBIL POSTERIOR A QUE EL INSTITUTO CONSTATE EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO. EN ESTE CASO, LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO POR PARTE DEL INSTITUTO DEBERÁ HACERSE A MÁS TARDAR EL TERCER DÍA HÁBIL POSTERIOR A AQUEL EN QUE EL PROVEEDOR DE AVISO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

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

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

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 81, FRACCIÓN II DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, LA APLICACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO SE HARÁ EFECTIVA DE MANERA PROPORCIONAL AL MONTO DE LAS OBLIGACIONES INCUMPLIDAS / POR EL MONTO TOTAL DE LAS OBLIGACIONES GARANTIZADAS.

**DÉCIMA PRIMERA. 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 "**LA DEPENDENCIA O ENTIDAD**" O A TERCEROS CON MOTIVO DE LA EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO.
- d) 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.

**DÉCIMA SEGUNDA. OBLIGACIONES DE "LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"**

- a) OTORGAR TODAS LAS FACILIDADES NECESARIAS, A EFECTO DE QUE "**EL PROVEEDOR**" LLEVE A CABO EN LOS TÉRMINOS CONVENIDOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO.

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024.

La revisión jurídica se efectuó sin prejuzgar sobre la justificación, procedimiento, términos y condiciones de la contratación, ni del resultado de la investigación de mercado correspondiente, ni se realiza sobre la procedencia y/o viabilidad de los aspectos técnicos, económicos y las demás circunstancias que determinan los procedimientos, las áreas requeridas, técnica y/o contratante.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS

CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00

b) REALIZAR EL PAGO CORRESPONDIENTE EN TIEMPO Y FORMA.

#### DÉCIMA TERCERA. ADMINISTRACIÓN, VERIFICACIÓN, SUPERVISIÓN Y ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS

**"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** DESIGNA COMO ADMINISTRADOR(ES) DEL PRESENTE CONTRATO A EL **C. JULIO AGUSTIN BUENO LEDESMA, COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD, 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.

**"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"**, 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 **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"**, SIN PERJUICIO DE LA APLICACIÓN DE LAS PENAS CONVENCIONALES O DEDUCCIONES AL COBRO CORRESPONDIENTES.

**"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"**, 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 CUARTA. PENAS CONVENCIONALES Y DEDUCCIONES 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 PROVEEDOR 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:

$PCA = \%D \times NDA \times VSPA.$

DÓNDE:

$\%D$ =PORCENTAJE DETERMINADO EN LA CONVOCATORIA, INVITACIÓN, COTIZACIÓN, CONTRATO O PEDIDO POR CADA DÍA DE ATRASO EN EL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

$PCA$  = PENA CONVENCIONAL APLICABLE.

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS**

**CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00**

NDA = NÚMERO DE DÍAS DE ATRASO.

VSPA = VALOR DE LOS 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
<p>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.</p>	<p>POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO EN LA ENTREGA DEL REPORTE RESULTADOS DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM 003-SSA3-2010</p>	<p>2.5% DIARIO SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN INCLUIR EL IVA</p>	<p>JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD O JEFE DE SERVICIO</p>	<p>JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS</p>
<p>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.</p>	<p>POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO EN LA ENTREGA DEL REPORTE RESULTADOS QUÍMICOS, DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM 003-SSA3-2010</p>	<p>2.5% DIARIO SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN INCLUIR EL IVA</p>	<p>JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD O JEFE DE SERVICIO</p>	<p>JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS</p>

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024.

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS**

**CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00**

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA
CANJE-REPOSICIÓN DE BIENES POR VICIOS OCULTOS O PROBLEMAS DE CALIDAD. EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 05 (CINCO) DÍAS NATURALES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SU NOTIFICACIÓN POR PARTE DEL INSTITUTO.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE EXCEDA EL NIVEL DE SERVICIO.	2.5% (DOS PUNTO CINCO POR CIENTO) DIARIO, SIN IVA, SOBRE LA FACTURA DEL MES EN QUE OCURRA LA INCIDENCIA.	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD O JEFE DE SERVICIO	JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS
EL PROVEEDOR REALIZARÁ LA ENTREGA EN LAS OFICINAS DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO CON COPIA A LA CPAS CONFORME AL NUMERAL XVI INCISO B) NÚMERO 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 SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7	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 DE LA ADJUDICACIÓN.	0.1% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD O JEFE DE SERVICIO	JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS
CAPACITACIÓN PREVIA DEL SISTEMA	POR CADA DÍA NATURAL QUE	0.5% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA	JEFE DE SERVICIO DE	JEFE DE SERVICIOS DE

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCCI4-04-025-004/2024

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS**

**CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00**

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA
DE INFORMACIÓN.  EL PROVEEDOR DEBERÁ 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.	EXCEDA LOS 05 (CINCO) DÍAS HABLES CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DE LA ADJUDICACIÓN.	GARANTÍA DEL CONTRATO, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.	NEFROLOGÍA O MEDICINA INTERNA EN CONJUNTO CON CDI	PRESTACIONES MEDICAS
CAPACITACIÓN CONTINUA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.  EL PROVEEDOR A LAS PARTIDAS DEBERÁ REALIZAR LA CAPACITACIÓN DEL SISTEMA DE	POR CADA DÍA DE ATRASO QUE EXCEDA EL NIVEL DE SERVICIO, DENTRO DE LOS 5 DÍAS HABLES DESPUES DE HABERSE SOLICITADO POR EL PROVEEDOR.	0.2% 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	JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC/4-04-025-004/2024

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS**

**CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00**

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	DE	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA
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.					
INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN, DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN CONFORME AL ANEXO TÉCNICO Y LA ETIMSS 5640-023-004 - VICENTE.	POR CADA DÍA	NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO DE LOS 05 (CINCO) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN Y	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	JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024.

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS**

**CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00**

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA
	NOTIFICACIÓN DE LA ADJUDICACIÓN.			
EL PROVEEDOR PROPORCIONARÁ AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO CON COPIA A LA CPAS 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 02 (DOS) DÍAS HABILES POSTERIORES A LA FECHA DE APROBACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SITIO DE LA EVALUACIÓN REALIZADA POR EL INSTITUTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN OFERTADO.	0.1% 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	JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS

LA PENA CONVENCIONAL POR ATRASO, SE CALCULARA POR CADA DÍA DE INCUMPLIMIENTO HASTA UN MÁXIMO DE 4 DÍAS NATURALES, DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE DE PENALIZACIÓN ESTABLECIDO, APLICADO AL VALOR DE LOS SERVICIOS PRESTADOS CON ATRASO Y DE MANERA PROPORCIONAL AL IMPORTE DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO QUE CORRESPONDA A LA PARTIDA QUE SE TRATE. LA SUMA DE LAS PENAS CONVENCIONALES NO DEBERÁ EXCEDER EL IMPORTE DE DICHA GARANTÍA.

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

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

PARA AUTORIZAR EL PAGO DE LOS SERVICIOS, PREVIAMENTE "EL PROVEEDOR" TIENE QUE HABER CUBIERTO LAS PENAS CONVENCIONALES APLICADAS CONFORME A LO DISPUESTO EN EL CONTRATO. EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DE VERIFICAR QUE SE CUMPLA ESTA OBLIGACIÓN.

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
 EQUIPAMIENTO  
 OFICINA DE CONTRATOS**

**CONTRATO NÚMERO  
 050GYR002T08824-001-00**

CONFORME A LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 96 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, EN NINGÚN CASO SE ACEPTARÁ LA ESTIPULACIÓN DE PENAS CONVENCIONALES, NI INTERESES MORATORIOS A CARGO DE "EL INSTITUTO".

**DEDUCCIONES POR INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFICIENTE EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS.**

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 53 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, EL INSTITUTO PODRÁ APLICAR DEDUCCIONES AL PAGO DE LOS SERVICIOS CON MOTIVO DEL INCUMPLIMIENTO TOTAL PARCIAL O DEFICIENTE EN QUE PUDIERA INCURRIR EL PROVEEDOR RESPECTO DE LAS PARTIDAS O CONCEPTOS QUE INTEGRAN EL CONTRATO, LAS CUALES NO EXCEDERÁN DEL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO ESTABLECIDA 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 53 BIS 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 PROVEEDOR 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 O SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA DEDUCCIÓN
LA TRANSICIÓN DEL ACCESO VASCULAR	3 (TRES) MESES DE HABER INGRESADO	FALTA EN EL CAMBIO, A ALGÚN PACIENTE(S)	EL 5% SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA	EL LÍMITE DE LA DEDUCCIÓN SERÁ DE	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA	JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIÓN

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número SCC14-04-025-004/2024

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





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS**

**CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00**

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 O SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA DEDUCCIÓN
TEMPORAL POR UN ACCESO VASCULAR DEFINITIVO PARA LOS PACIENTES CON PERMANENCIA EN EL PROGRAMA, NO DEBERÁ SER POR UN TIEMPO MAYOR DE:	A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA.	DEL ACCESO VASCULAR TEMPORAL POR EL DEFINITIVO EN EL PLAZO ESTABLECIDO	MENSUAL SIN EL IVA, CUANDO OCURRA QUE A ALGÚN PACIENTE(S) NO SE LE HAYA REALIZADO EL CAMBIO.	HASTA EL 10% DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO	A, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO O SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA DEDUCCIÓN
<p>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</p> <p>LA UNIDAD EN FUNCIONAMIENTO, DEBERÁ CONTAR CON UN RESULTADO DE ANÁLISIS</p>	RESULTADOS DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO DENTRO DE LOS PARÁMETROS SOLICITADOS POR LA NOM-003-SSA3-2010	CUMPLIR CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA CALIDAD DEL AGUA DE ACUERDO CON LA NOM-003-SSA3-2010	5% 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 OOAD	JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS**

**CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00**

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 O SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA DEDUCCIÓN
BACTERIOLÓGICO.						
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	CUMPLIR CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA CALIDAD DEL AGUA DE ACUERDO CON LA NOM Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AAMI.	5% 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 OOAD	JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS
DOTACIÓN DEL MISMO NÚMERO DE CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTE	DOTACIÓN DEL MISMO NÚMERO DE CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES	POR CADA DÍA NATURAL A PARTIR DE LA FECHA EN QUE DEBIÓ SER ENTREGADA	1% DIARIO, SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN INCLUIR IVA	EL LÍMITE DE LA DEDUCCIÓN SERÁ DE HASTA EL 10% DEL MONTO	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O	JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VI, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS**

**CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00**

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 O SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA DEDUCCIÓN
S 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	ES 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	LA TOTALIDAD DE DOTACIÓN DE CATÉTERES.		MÁXIMO DEL CONTRATO MÉDICO	DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD	
ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7	CUANDO EL PROVEEDOR 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	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	HASTA POR EL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.	JEFE DE NEFROLOGÍA O MEDICINA INTERNA EN CONJUNTO CON EL CDI	JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número SCC14-04-025-004/2024

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS

CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00

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 O SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA DEDUCCIÓN
	CLÍNICO DURANTE EL PERIODO DE FACTURACIÓN DENTRO DE LAS 24 HORAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL EVENTO DE OTORGAMIENTO DEL SERVICIO MÉDICO SUBROGADO		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 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			

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el artículo 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
 EQUIPAMIENTO  
 OFICINA DE CONTRATOS

CONTRATO NÚMERO  
 050GYR002T08824-001-00

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 O SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA DEDUCCIÓN
			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			

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS**

**CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00**

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 O SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA DEDUCCIÓN
			FORMA EFECTIVA Y EXITOSA A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO, EN ESE SENTIDO, 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.)			

**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 PROVEEDOR.  
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.

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS

CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00

EL INSTITUTO DESCONTARÁ LAS CANTIDADES POR CONCEPTO DE DEDUCTIVAS DE LA FACTURA QUE EL PROVEEDOR PRESENTE PARA SU COBRO.

EL PROVEEDOR SE OBLIGA A RESPONDER POR SU CUENTA Y RIESGO DE LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS QUE, POR INOBSERVANCIA O NEGLIGENCIA DE SU PARTE, LLEGUE A CAUSAR 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 53 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 INSTITUTO QUE ASÍ LO SOLICITE.

#### 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. SEGUROS

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 SEPTIMA. TRANSPORTE

"EL PROVEEDOR" SE OBLIGA BAJO SU COSTA Y RIESGO, A TRASPORTAR LOS BIENES E INSUMOS NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DESDE SU LUGAR DE ORIGEN, HASTA LAS INSTALACIONES SEÑALADAS EN EL 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 "LA DEPENDENCIA O ENTIDAD".

"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD" 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 "LA DEPENDENCIA O ENTIDAD".

#### 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 "LA DEPENDENCIA O ENTIDAD" O A TERCEROS.

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS

CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00

DE PRESENTARSE ALGUNA RECLAMACIÓN EN CONTRA DE **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"**, POR CUALQUIERA DE LAS CAUSAS ANTES MENCIONADAS, **"EL PROVEEDOR"**, SE OBLIGA A SALVAGUARDAR LOS DERECHOS E INTERESES DE **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** DE CUALQUIER CONTROVERSIA, LIBERÁNDOLA DE TODA RESPONSABILIDAD DE CARÁCTER CIVIL, PENAL, MERCANTIL, FISCAL O DE CUALQUIER OTRA ÍNDOLE, SACÁNDOLA EN PAZ Y A SALVO.

#### **VIGÉSIMA 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 CONSECUCCIÓN DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO Y NO PODRÁ DIFUNDIRSE A TERCEROS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LAS LEYES GENERAL Y FEDERAL, RESPECTIVAMENTE, DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS, Y DEMÁS LEGISLACIÓN APLICABLE.

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.

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.

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

CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 55 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 102, FRACCIÓN II, DE SU REGLAMENTO, LA **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** 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, 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 LA **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** 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.

#### **VIGÉSIMA TERCERA. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO**

LA **"DEPENDENCIA O ENTIDAD"** 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 LA **"DEPENDENCIA O ENTIDAD"**, O SE DETERMINE LA NULIDAD TOTAL O PARCIAL 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 DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, PODRÁ DAR POR TERMINADO ANTICIPADAMENTE EL PRESENTE CONTRATO SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA LA **"DEPENDENCIA O ENTIDAD"**, ELLO CON INDEPENDENCIA DE LO ESTABLECIDO EN LA CLÁUSULA QUE ANTECEDE.

CUANDO LA **"DEPENDENCIA O ENTIDAD"** DETERMINE DAR POR TERMINADO ANTICIPADAMENTE EL CONTRATO, LO NOTIFICARÁ A **"EL PROVEEDOR"**, DEBIENDO SUSTENTARLO EN UN DICTAMEN FUNDADO Y

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS

CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00

MOTIVADO, EN EL QUE, SE PRECISARÁN LAS RAZONES O CAUSAS QUE DIERON ORIGEN A LA MISMA Y PAGARÁ A **"EL PROVEEDOR"** LA PARTE PROPORCIONAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, ASÍ COMO LOS GASTOS NO RECUPERABLES EN QUE HAYA INCURRIDO, PREVIA SOLICITUD POR ESCRITO, SIEMPRE QUE ÉSTOS SEAN RAZONABLES, ESTÉN DEBIDAMENTE COMPROBADOS Y SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON EL PRESENTE CONTRATO, LIMITÁNDOSE SEGÚN CORRESPONDA A LOS CONCEPTOS ESTABLECIDOS EN LA FRACCIÓN I, DEL ARTÍCULO 102 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

#### VIGÉSIMA CUARTA. RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO:

**"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** 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 **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"**;
- 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;  
INSTRUCCIÓN: EL SIGUIENTE INCISO, SERÁ OBLIGATORIO PARA EFECTOS DEL ARTÍCULO 80, PÁRRAFO CUARTO DEL RLAASSP
- i) NO PRESENTAR 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;
- j) NO ENTREGAR DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA DE FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL MISMO;
- k) CUANDO LA SUMA DE LAS PENAS CONVENCIONALES EXCEDA EL MONTO TOTAL DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO;
- 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 **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** 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 **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"**;
- o) CAMBIAR SU NACIONALIDAD POR OTRA E INVOCAR LA PROTECCIÓN DE SU GOBIERNO CONTRA RECLAMACIONES Y ÓRDENES DE **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"**, CUANDO SEA EXTRANJERO, Y
- p) INCUMPLIR CUALQUIER OBLIGACIÓN DISTINTA DE LAS ANTERIORES Y DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO.

PARA EL CASO DE OPTAR POR LA RESCISIÓN DEL CONTRATO, **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** 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 DEL DÍA SIGUIENTE DE LA NOTIFICACIÓN,

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS

CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00

EXPONGA LO QUE A SU DERECHO CONVenga Y APOORTE EN SU CASO LAS PRUEBAS QUE ESTIME PERTINENTES.

TRANSCURRIDO DICHO TÉRMINO **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"**, EN UN PLAZO DE 15 (QUINCE) 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 **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** POR CONCEPTO DEL CONTRATO HASTA EL MOMENTO DE RESCISIÓN, O LOS QUE RESULTEN A CARGO DE **"EL PROVEEDOR"**.

INICIADO UN PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** 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 **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** DE QUE CONTINÚA VIGENTE LA NECESIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, APLICANDO, EN SU CASO, LAS PENAS CONVENCIONALES CORRESPONDIENTES.

**"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** 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, **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** 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, **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** 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 52 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, **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** 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 51, 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 **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"**.

#### 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 **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** RESPECTO DE CUALQUIER RECLAMO QUE EN SU CASO PUEDAN EFECTUAR SUS TRABAJADORES, SEA DE ÍNDOLE LABORAL, FISCAL O DE SEGURIDAD SOCIAL

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS

CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00

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 **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"**, ASÍ COMO EN LA EJECUCIÓN DE LOS SERVICIOS. PARA CUALQUIER CASO NO PREVISTO, **"EL PROVEEDOR"** EXIME EXPRESAMENTE A **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** 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, **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"** RECIBA UNA DEMANDA LABORAL POR PARTE DE TRABAJADORES DE **"EL PROVEEDOR"**, EN LA QUE SE DEMANDE LA SOLIDARIDAD Y/O SUSTITUCIÓN PATRONAL A **"LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"**, **"EL PROVEEDOR"** QUEDA OBLIGADO A DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA PRESENTE CLÁUSULA.

#### VIGÉSIMA SEXTA. DISCREPANCIAS

**"LAS PARTES"** CONVIENEN QUE, EN CASO DE DISCREPANCIA ENTRE EL CONTENIDO DE LA SOLICITUD DE COTIZACIÓN Y EL CONTRATO, PREVALECE LO ESTABLECIDO EN LA REFERIDA SOLICITUD DE COTIZACIÓN, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 81, FRACCIÓN IV, DEL REGLAMENTO 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 77, 78 Y 79 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, 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 DICHS DOMICILIOS SE PRACTIQUE, SERÁ ENTERAMENTE VÁLIDA, AL TENOR DE LO DISPUESTO EN EL TÍTULO TERCERO DEL CÓDIGO CIVIL FEDERAL.

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

**ANEXO 1 (UNO)** CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO

**ANEXO 2 (DOS)** ASIGNACIÓN

**ANEXO 3 (TRES)** TERMINOS Y CONDICIONES Y ANEXO TECNICO

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC/4-04-025-004/2024

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO  
OFICINA DE CONTRATOS**

**CONTRATO NÚMERO  
050GYR002T08824-001-00**

**ANEXO 4 (CUATRO) OFICIO DE DESIGNACIÓN DE ADMINISTRADOR DEL CONTRATO**

**ANEXOS TECNICOS**

**T0 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 E INSTRUCTIVO DE LLENADO.**

**T6 CALENDARIO PARA ENTREGA MENSUAL DE CATÉTERES E INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**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) E INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**T9 BIS CARACTERÍSTICAS DE OPERACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**

**ANEXO T10 RELACIÓN DE ASISTENCIA DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS SUBROGADA**

**ANEXO T1 1 SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7**

**ANEXO T1 2 DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA**

**ANEXO T1 3 ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD**

**ANEXO T1 4 DESIGNACIÓN DE CONTRATO RESPONSABLE**

**TRIGÉSIMA PRIMERA. 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 UBICADOS EN LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA, JALISCO, RENUNCIANDO EXPRESAMENTE AL FUERO QUE PUDIERA CORRESPONDERLES EN RAZÓN DE SU DOMICILIO ACTUAL O FUTURO.**

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VI, en relación con el 144, último párrafo y 145, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, de Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia, se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y  
 EQUIPAMIENTO  
 OFICINA DE CONTRATOS

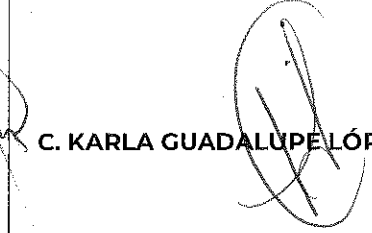

CONTRATO NÚMERO  
 050GYR002T08824-001-00

**FIRMANTES O SUSCRIPCIÓN.**


POR LO ANTERIOR EXPUESTO, "LA DEPENDENCIA O ENTIDAD" Y "EL PROVEEDOR", 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 TODAS SUS PARTES, POR **CUADRUPLICADO** EN LA CIUDAD DE GUADALAJARA, JALISCO, A LOS **05 (CINCO) DÍAS DEL MES DE ABRIL DE 2024 (DOS MIL VEINTICUATRO).**

Se realiza versión publica con fundamento en los artículos 108 y 118 de la ley federal de transparencia y acceso a la información pública de la cual se testa RFC, por considerarse información la cual puede dañar el patrimonio de la empresa esto de conformidad con el artículo 113 fracción I de la misma ley.

**POR:  
 "LA DEPENDENCIA O ENTIDAD"**

NOMBRE Y FIRMA	CARGO	R.F.C.
 C. KARLA GUADALUPE LÓPEZ LÓPEZ	APODERADA LEGAL	

**POR:  
 "EL PROVEEDOR"**

NOMBRE Y FIRMA	R.F.C.
PROAGE MANAGEMENT, S.C.  C. CAROLINA BONILLA ELVIRA APODERADA LEGAL	PMA180517MF8

Los aspectos jurídicos del presente documento fueron revisados por la persona Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77, fracción VII, en relación con el 144, último párrafo y 45, primer párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la revisión realizada por la Oficina de Consultas, Contratos y Convenios, del Departamento Consultivo, a solicitud de la Unidad Administrativa responsable del mismo. En consecuencia se registró bajo el número: SCC14-04-025-004/2024

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





**ANEXO 1 (UNO)**  
**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: 0000049750 - 2024

Dependencia Solicitante: D0014 Delegación Jalisco  
 SEI Servicios Integrales  
 14A80014 M\_DELEGACION

Descripción:

Servicio: Hemodiálisis Extramuros

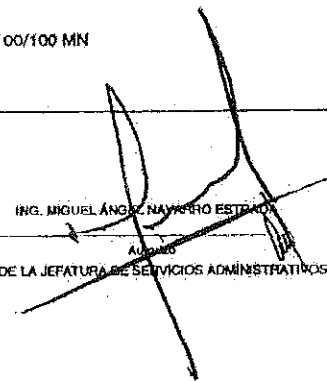
Fecha Impresión: 26/03/2024 Fecha Validación: 26/03/2024

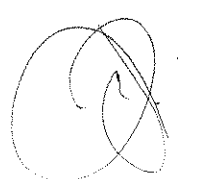
	Importo	Cuenta	Partida presupuestaria
Total Comprometido (en pesos):	\$ 130,000,000.00	42061604	33901 Subcontratación de servicios con terceros

COMPROMETIDO MENSUAL (en miles de pesos)											
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
0.0	0.0	0.0	0.0	38,878.0	45,361.5	47,760.5	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-Millennium, 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 Publicas y Servicios Relacionados con las Mismas, 8°, 144 y 148 del Reglamento Interior del IMSS y el numeral 7.2.10 de la Norma Presupuestaria del IMSS.

<b>CERTIFICADO PREVIO</b>	
CONTRATO PREI _____	
CONTRATO IMSS _____	
IMPORTE: CIENTO TREINTA MILLONES PESOS 00/100 MN	\$ 130,000,000.00

  
 ING. MIGUEL ÁNGEL NAVARRO ESTRADA  
 ALCAIDE  
 TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

  
 Cde





**ANEXO I (UNO)**  
**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: 0000048402 - 2024

Dependencia Solicitante: D0014 Delegación Jalisco  
 SEI Servicios Integrales  
 14A60014 M\_DELEGACION

Descripción:

Servicio: Hemodiálisis Extramuros

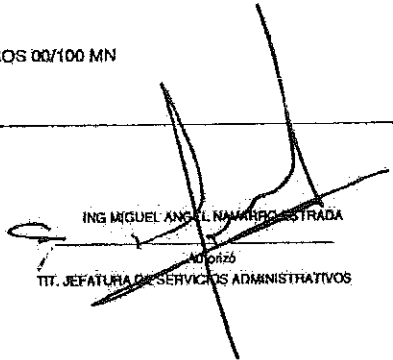
Fecha Impresión: 14/02/2024 Fecha Validación: 14/02/2024

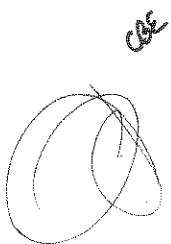
	Importe	Cuanta	Partida presupuestaria
Total Comprometido (en pesos):	\$ 110,000,000.00	42081604	33901 Subcontratación de servicios con terceros

COMPROMETIDO MENSUAL (en miles de pesos)											
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
0.0	0.0	13,198.3	12,428.2	12,428.2	12,428.2	12,428.2	12,428.2	12,428.2	12,428.2	9,804.3	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-Millennium, 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 Publicas y Servicios Relacionados con las Mismas, 8°, 144 y 148 del Reglamento Interior del IMSS y el numeral 7.2.10 de la Norma Presupuestaria del IMSS.

CERTIFICADO PREVIO	
CONTRATO PREI _____	
CONTRATO IMSS _____	
IMPORTE: CIENTO DIEZ MILLONES PESOS 00/100 MN	\$ <u>110,000,000.00</u>

  
 ING MIGUEL ANGEL NARANJO ESTRADA  
 Autorizó  
 TIT. JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

  
 CBE





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

ANEXO 2 (DOS)

ASIGNACIÓN

PROVEEDOR	UNIDADES	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD ASIGNADA	PRECIO TOTAL ASIGNADO
PROAGE MANAGEMENT, S.C.	Jalisco HGZ 06 OCOTLAN, JALISCO	\$1,750.00	\$3,669,750.00	\$9,173,500.00
PROAGE MANAGEMENT, S.C.	Jalisco HGZ 20 AUTLÁN, JALISCO	\$1,750.00	\$875,000.00	\$2,187,500.00

CBE





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

### ANEXO 3 (TRES)

#### 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 Servicios Médico de Hemodiálisis Subrogada, de conformidad con lo siguiente:"

#### Glosario de Términos

**AAMI:** Association for the Advancement of Medical Instrumentation.

**Acuerdo de Nivel de Servicio:** Estándares cuantificables de mínimo desempeño asociados al servicio y que garantizan la prestación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada para cada una de sus partidas, así como el envío de la información generada por este servicio al Sistema de Información requerido por el área solicitante.

**Administrador del Contrato:** En OOAD será el Jefe de Servicios Prestaciones Medicas

**ALT:** Alanino aminotransferasa.

**Área Contratante:** El área que fungirá con tal carácter, que para el caso que nos ocupa es la División de Servicios Integrales, adscrita a la Coordinación Técnica de Bienes y Servicios de la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios.

**Área Requirente:** OOAD, mismas que remiten sus requerimientos, por conducto de la Coordinación de Planeación de Servicios Médicos de Apoyo al área contratante.

**Área Técnica:** Área Técnica: Para la evaluación técnico médica será, la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud (CPAS), a través de la Coordinación Técnica de Servicios Médicos Indirectos con el apoyo de personal operativo designado por las OOAD ( OOAD); Para la evaluación de los aspectos técnico informáticos, será la Coordinación de Servicios Digitales de Información (CDI), la evaluación de los aspectos de Protección Civil se realizará por el Jefe del Departamento de Conservación y Servicios Generales de los OOAD. En su caso, la CPAS concentrará, para su envío a la CTBS, las evaluaciones elaboradas por cada una de las áreas técnicas anteriormente enunciadas, las cuales emitirán y suscribirán cada evaluación respecto a los aspectos de su competencia, en términos del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**AST:** Aspartato aminotransferasa.

**CCILE:** Coordinación de Calidad de Insumos y Laboratorios Especializados.

**CCSG:** Coordinación de Conservación y Servicios Generales.

**CDI:** Coordinador Delegacional de Informática.

**COCTI:** Coordinación de Control Técnico de Insumos. Área del Instituto responsable de verificar la calidad de los productos de acuerdo a la Normatividad establecida.

**COFEPRIS:** Comisión Federal Para la Prevención de Riesgos Sanitarios.

**Compendio Nacional de Insumos para la Salud:** Documento normativo que regula los insumos que se utilizan en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

**Compranet:** El Sistema Electrónico de información pública gubernamental sobre adquisiciones, arrendamientos, servicios, con dirección electrónica en Internet <https://compranet.hacienda.gob.mx/web/login.html>, que permite a los proveedores, así como, al área contratante, enviar y recibir información por medios remotos de comunicación electrónica, así como generar para cada procedimiento un mecanismo de seguridad que garantice la confidencialidad de las propuestas que se reciban por esa vía; y que constituye el único instrumento con el cual podrán abrirse los sobres que contengan las proposiciones en la fecha y hora establecidas en el presente documento para el inicio de los actos de presentación y apertura.

**CNIS:** Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

**Consumible:** Los materiales desechables necesarios para que el insumo realice sus funciones conforme a su intención de uso que pierden sus propiedades o características de origen después de usarse y que son de consumo repetitivo.

**Control de Calidad:** Son las actividades en la etapa preanalítica, analítica y postanalítica y técnicas operativas desarrolladas para cumplir con los requisitos de calidad establecidos por la normatividad.

**Solicitud de cotización :** El documento que contiene los requisitos de carácter legal, técnico y económico con respecto de los servicios objeto de la contratación y las personas interesadas en proveerlos o prestarlos, así como los términos a que se sujetará el procedimiento de contratación respectivo y los derechos y obligaciones de las partes, de conformidad al MAAGMAASSP.

**CPSMA:** Coordinación de Planeación de Servicios Médicos de Apoyo.

OK





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

**CSDISA:** Coordinación de Servicios Digitales y de Información para la Salud y Administrativos.

**CTSDISA:** Coordinación Técnica y de Información para la Salud.

**CTSRI:** Coordinación Técnica de Seguridad y Resguardo de Inmuebles.

**CUCOP:** Clasificador Único de Contrataciones Públicas

**DIB:** División de Ingeniería Biomédica.

**DIDT:** Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.

**DOF:** Diario Oficial de la Federación.

**DSDICDS:** División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado de la Salud.

**EMA:** Entidad Mexicana de Acreditación A.C.

**Equipo de Cómputo:** Equipo requerido para la correcta operación del sistema de información en cuanto a entradas, procesamientos y salidas de información, tanto electrónica como manual

**Equipo Médico:** Son los aparatos con los que se realizarán los procedimientos hemodialíticos a los pacientes que presentan insuficiencia renal aguda o crónica u otros padecimientos que requieran detoxificación sanguínea, consisten en las máquinas de hemodiálisis, planta de tratamiento de agua Y sillón clínico.

**ETIMSS:** Especificación Técnica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Hemodiálisis:** Procedimiento terapéutico especializado empleado en el tratamiento de la insuficiencia renal, aplicando técnicas y procedimientos específicos a través de equipos, soluciones, medicamentos e instrumentos adecuados, que utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva del agua y solutos de la sangre a través de una membrana semipermeable extracorpórea.

**Instituto o IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Insuficiencia Renal Crónica o IRC:** Pérdida de la función renal generalmente lenta y progresiva, irreversible, de origen multifactorial.

**I.V.A.:** Impuesto al Valor Agregado.

**KT/V.** Índice matemático que emplea a la urea como marcador para determinar la dosis de diálisis, tanto en hemodiálisis como en diálisis peritoneal. Rango de referencia de 1.2 - 1.4.

**LAASSP:** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

**Localidad:** Circunscripciones territoriales señaladas por este Instituto en el Anexo T1 del presente documento.

**Mantenimiento Correctivo:** Es el servicio que debe realizar el prestador del servicio a las máquinas de Hemodiálisis, Planta de Tratamiento de Agua y de cómputo que presente fallas a fin de garantizar los niveles de servicios requeridos por el Instituto.

**Mantenimiento Preventivo:** Es el servicio programado que debe realizar el prestador del servicio a las máquinas de Hemodiálisis, Planta de Tratamiento de Agua y de cómputo conforme a las especificaciones del fabricante a fin de garantizar los niveles de servicios requeridos por el Instituto.

**NOM-003-SSA3-2010:** Norma Oficial Mexicana para la práctica de Hemodiálisis.

**OIC:** Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Only Exportation:** Equipos que son fabricados en un país y que no se usan en el mismo por no cubrir con las disposiciones oficiales de calidad.

**Only Investigation:** Equipos que son utilizados en el país donde son fabricados como prototipos para investigación y desarrollo de los mismos, que no acreditan en operación normal funcionen al 100% con relación a equipos de fabricación normal.

**OOAD:** Órganos de Operación Administrativa Desconcertada.

**Paciente de nuevo ingreso:** Es el paciente que ingresa al programa de hemodiálisis subrogada de manera definitiva, incluyendo a pacientes que fueron dados de baja del programa anteriormente y que requieren nuevamente esta modalidad de terapia de manera definitiva.

**Partida:** La división o desglose de los bienes o servicios, contenidos en un procedimiento de contratación o en un contrato o pedido, para diferenciarlos unos de otros, clasificarlos o agruparlos.

**Planta de Tratamiento de Agua:** Sistema central de tratamiento de agua por ósmosis inversa para la producción de agua de calidad para empleo en hemodiálisis, de acuerdo a lo establecido en el Apéndice Normativo "A" de la NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de hemodiálisis.

OK







GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

**POBALINES:** Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Procedimiento de Hemodiálisis:** Procedimiento terapéutico especializado que utiliza como principio físico-químico la difusión de agua y solutos pasiva a través de una membrana artificial semipermeable, y que se emplea en el tratamiento de la insuficiencia renal aplicando los aparatos e instrumentos adecuados.

**Proveedor:** La persona física o moral que celebre contrato, adquisiciones, arrendamientos o servicios.

**Puesta a Punto:** Actividades requeridas para dar inicio a la operación conforme a los niveles de servicio requeridos por el Instituto.

**Reglamento:** Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

**SAT:** Servicio de Administración Tributaria.

**Sesiones de Hemodiálisis:** Procedimiento terapéutico especializado empleado en el tratamiento de la insuficiencia renal, aplicando técnicas y procedimientos específicos a través de equipos, soluciones, medicamentos e instrumentos adecuados, que utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva del agua y solutos de la sangre a través de una membrana semipermeable extracorpórea.

**SFP:** Secretaría de la Función Pública.

**SSA:** Secretaría de Salud.

**Testigo Social:** Persona física o moral que participa en el presente procedimiento de contratación con derecho a voz, con objeto de que, al término de la licitación, emita testimonio público sobre el desarrollo del mismo, con base en el artículo 60 del reglamento de la LAASSP.

**Unidad de Hemodiálisis Subrogada:** Área física donde se llevan a cabo los procedimientos de Hemodiálisis.

**Unidad Médica:** Unidades de Medicina Familiar, Hospitales Generales de Zona, Hospitales Regionales, Hospitales Generales de Subzona, Hospitales Generales de Zona con medicina Familiar, Unidades Médicas de Alta Especialidad.

**URR:** Tasa de Reducción de Urea.

**Verificación o Inspección:** la comprobación ocular o mediante muestreo, medición, pruebas de laboratorio, o examen de documentos que se realizan para evaluar la conformidad contra requisitos establecidos en un momento determinado.

**Visitas a las Instalaciones de los Licitantes:** Las señaladas en la Solicitud de cotización y que forman parte de propuesta técnica del licitante, debiendo cumplir con los requisitos de ponderación señalados en el Anexo T3 (Anexo tres), Cédula de Verificación de las instalaciones en las Unidades de Hemodiálisis. Siguiendo el procedimiento para realizar las visitas, señalado en el apartado de Términos y Condiciones.

#### I. Descripción del Servicio de Hemodiálisis Subrogada a Contratar

**Clave CUCOP:** Clave: 33900010 Partida 33901 Servicio Médico.

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 documento; por lo que El proveedor participante deberá dar el debido cumplimiento a todos y cada uno de los requisitos que a continuación se describen en los términos y condiciones establecidos en el presente documento.

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

El proveedor 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 proveedor 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.

Como se describe a continuación:

OOAD	Tipo	Número	Localidad
Jalisco	HGZMF	06	Ocotlán
Jalisco	HGZ	20	Autlán de Navarro

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

*Handwritten signature and scribbles*





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

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. Ubicarse dentro de un radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que pretenda prestarse el servicio. Para los casos de las OOAD de Jalisco, la Unidad de Hemodiálisis Subrogada deberá ubicarse en un radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica a la que se prestará el servicio.
3. El área de tratamiento deberá ser considerada área semirestringida (zona gris).
4. 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 el contrato y/o convenio vigente correspondiente, en caso de que la unidad de hemodiálisis subrogada no cuente con ambulancia propia; y factura cumpliendo con los requisitos fiscales vigentes y a nombre El proveedor en caso de que sea propia la ambulancia, para los casos que se requieran para:  

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.
5. 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".
6. Central(es) de enfermeras con visibilidad de los pacientes.
7. Área de aislamiento equipada destinada a pacientes con enfermedades infecto-contagiosas como: VIH o Hepatitis B o C.
8. 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.
9. 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).
10. Área de lavado, desinfección y esterilización de material de curación y médico-quirúrgico, en caso de no contar con material desechable.
11. 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.
12. 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.
13. 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 que permita la operación de la unidad.
14. 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.
15. El proveedor 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; incluso días festivos. Los horarios diferentes se deberán acordar con las autoridades de los OOAD correspondiente.

El proveedor 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.

**II. 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

COX







GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

la unidad de hemodiálisis subrogada, siendo éste colocado por El proveedor 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 proveedor 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 proveedor prestador del servicio deberá mantener los estudios actualizados para cada paciente conforme a lo establecido en el apartado denominado 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. 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 VII "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.
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.

**III. 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, KTV, 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.

**IV. 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.

En caso de contar con laboratorio propio para la realización de estudios a pacientes, El proveedor deberá presentar copia de la licencia de funcionamiento del laboratorio clínico, vigente a nombre del licitante, 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 proveedor deberá presentar copia del contrato del laboratorio clínico que procesará las muestras, debidamente firmado y 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.

**V. 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. KTV monocompartamental igual o mayor de 1.2
  - ii. URR igual o superior al 65%

**VI. 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.

*Handwritten signature and scribbles*





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

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 proveedor 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.

#### VII. 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.
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.

#### VIII. Responsabilidades El proveedor prestador del servicio subrogado:

1. El proveedor deberá prestar el servicio subrogado de hemodiálisis con base en la solicitud de cotización, términos y condiciones y conforme a lo señalado en los apartados de este Anexo Técnico, en los Términos y sus Anexos; Anexos T1V (T uno) Requerimiento de sesiones para pacientes en Hemodiálisis Subrogada por partida por Partida; T2V (T dos) Especificaciones del equipo médico e insumos para hemodiálisis, A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE







GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

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 envío 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.

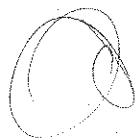
Deberá entender por complicaciones:

- I. Hipotensión arterial severa, cuadro de cardiopatía isquémica aguda, descompensación metabólica aguda, bacteriemia, arritmias cardíacas, 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, resultados de laboratorio y gabinete, observaciones de cada uno de los pacientes.
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 VII 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 El proveedor 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 proveedor 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".

025







9. Cumplir con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección Ambiental-Salud Ambiental-Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos-Clasificación y Especificaciones de manejo.
10. Presentar copia del contrato de prestación de servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, 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).

**IX. 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 período de contratación a partir del día 08 de abril y hasta el 31 de mayo de 2024.

**X. 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, 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.
5. Deberá realizarse vacunación para Hepatitis B a los seronegativos y, determinación de aspartato aminotransferasa (AST), antígeno de superficie (Hbs Ag) y anti-HVC cada mes

**XI. 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

002





GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

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.

#### XI. Características del Equipo y de los Bienes de Consumo

1. El proveedor 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 discontinuados 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 las OOAD de 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 proveedor debe contar con el alta o resolución de esta.

En este sentido, 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

Por lo que no será exigible como requisito acreditar el origen de los bienes, insumos y equipos

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. Aguja 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.

#### XII. 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 El proveedor del servicio 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

CAF





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

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.

### XIII. 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 medicina interna o nefrología en la unidad médica del IMSS serán los encargados de notificar por escrito al administrador del contrato en caso de incumplimiento de las especificaciones técnico médicas solicitadas en el presente documento.

### XIV. 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 proveedor deberá presentar:

- i. Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.
- ii. Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS.

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.

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.

2. Licencia Sanitaria y/o Aviso de Funcionamiento y de responsable Sanitario ante la COFEPRIS vigente y a nombre El proveedor actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada.
3. 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.
4. 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).

*Handwritten signature and scribbles*







GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Escrito El proveedor 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 Solicitud de cotización , y en el Inciso G) numeral 2 "VISITAS A 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 05 (cinco) días hábiles posteriores a la fecha de emisión y notificación del a la adjudicación en las Oficinas del Administrador de Contrato en copia física y por medio electrónico a la CPAS ([julio.bueno@imss.gob.mx](mailto:julio.bueno@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 proveedor 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, 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", en su caso.  
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.

004





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

La solicitud de pruebas de funcionalidad, en su caso, deberá dirigirse al Coordinación Delegacional de Informática (CDI) con copia al Administrador del Contrato y al Dr. Julio Agustín Bueno Ledesma, Coordinador Prevención y Atención a la Salud vía correo electrónico a las siguientes direcciones: [luis.vargas@imss.gob.mx](mailto:luis.vargas@imss.gob.mx) y [julio.buenol@imss.gob.mx](mailto:julio.buenol@imss.gob.mx) dentro de los 05 (cinco) días hábiles posteriores a la emisión y notificación del a la adjudicación para lo cual se contestará por correo electrónico la confirmación de la cita con la fecha y hora para la prueba de funcionalidad respectiva, en su respectivo ámbito de competencia.

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.

Para esta Adjudicación Directa siempre y cuando se trate de proveedores que estén prestando el servicio y haya cumplido previamente con lo descrito anteriormente a satisfacción del instituto (y por lo tanto que exista continuidad en el mismo) no será aplicable el plazo mencionado, por lo cual deberá presentar la documentación anteriormente validada.

## 2. Pruebas de evaluación del Sistema de Información

Las pruebas de funcionalidad del sistema y envío de mensajería HL7, consta de dos fases:

- i. Evaluación en oficina: Serán realizadas en CDI con el hospital, 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 en conjunto con el 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.
- iii. Será válida para esta solicitud de cotización, las evaluaciones realizadas en oficina y/o en sitio de los proveedores que hayan tenido resultados satisfactorios en eventos de contratación inmediatos anteriores, siempre y cuando se trate de proveedores que estén prestando el servicio (que exista continuidad en la prestación del servicio) y se haga referencia a la misma ETIMSS y al mismo sistema de información propuesto por el proveedor.

Las pruebas funcionales en oficina y sitio considerarán, una prueba, respectivamente de los esquemas de reenvío 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 o el personal que estas áreas designen.

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 oficinas y en sitio, en un plazo no mayor de los 30 días naturales contados a partir de la emisión y notificación del a la adjudicación, 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 30 días naturales contados a partir de la emisión y notificación de adjudicación.

Una vez agotado el plazo de los 02 (dos) días naturales, la Coordinación de Servicios Digitales y de Información o quien el Instituto designe, 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), el CDI, emitirán, 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).

Para esta Adjudicación Directa siempre y cuando se trate de proveedores que estén prestando el servicio y haya cumplido previamente con lo descrito anteriormente a satisfacción del instituto (y por lo tanto que exista continuidad en el mismo) no será aplicable el plazo mencionado, por lo cual deberá presentar la documentación anteriormente validada.

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

- i. El proveedor 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.

*Obt*





- ii. El proveedor deberá(n) acordar y entregar al Administrador del Contrato con copia a la CPAS al correo [julio.bueno@imss.gob.mx](mailto:julio.bueno@imss.gob.mx) el Calendario de Despliegue respecto de la instalación del sistema de información, en un plazo no mayor a 2 (dos) días hábiles posteriores a la acreditación de las pruebas en sitio.
- iii. El proveedor deberá(n) coordinar acciones con la Coordinación Delegacional de Informática (CDI), para realizar las gestiones técnicas implicadas en el despliegue del Sistema de Información.
- iv. El proveedor 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 en OOAD; validará 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 proveedor 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 05 días naturales posteriores a la adjudicación, 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 proveedor 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 proveedor 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 proveedor otorga(n) el servicio, desviaciones en la operación derivadas del funcionamiento del Sistema de Información, de manera que el Área Requiriente 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 proveedor al que 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; 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.

Para esta Adjudicación Directa siempre y cuando se trate de proveedores que estén prestando el servicio y haya cumplido previamente con lo descrito anteriormente a satisfacción del Instituto (y por lo tanto que exista continuidad en el mismo) no será aplicable el plazo mencionado, por lo cual deberá presentar la documentación anteriormente validada.

#### 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 proveedor 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 quien el Instituto determine para éste fin con lista de asistencia.
- ii. El proveedor 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 proveedor 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 05 (cinco) días hábiles después de haberse solicitado al(los) Licitante(s) Adjudicado(s).
- iv. El proveedor 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 05 (cinco) días naturales posteriores a la emisión y notificación del a la adjudicación.

#### 6. Generales

CBE





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

El proveedor 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 consulte información correspondiente a los servicios otorgados de acuerdo con el perfil establecido en la ETIMSS 5640-023-004 vigente, a más tardar el día 05 (cinco) posterior a la emisión y notificación del a la adjudicación.

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 el proveedor 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 envío de mensajería HL7, se realizarán en las oficinas del Administrador del Contrato o donde el Instituto designe.

El proveedor 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, titulares de 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 CTSI 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.

CBE







GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

- 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, tránsito, uso, y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica 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**

cbk





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

## TERMINOS 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.

### 1. VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

La vigencia del contrato será del día 08 de abril al 31 de mayo del 2024.

El inicio de la prestación del servicio será a partir del 08 de abril y hasta el 31 de mayo de 2024.

### 2. PLAZO DE ENTREGA

#### 2.1. Condiciones de la Prestación del Servicio

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

Por ningún motivo podrá el prestador del servicio otorgar éste a través de terceros o en instalaciones distintas a las propuestas y estipuladas en el presente documento.

El horario de servicio será de las 7:00 a las 21:00 horas de lunes a sábado; incluso días festivos, de conformidad con lo que indica el numeral 1 apartado denominado "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES PUNTOS" de este documento.

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 existir un responsable de la unidad de hemodiálisis subrogada quien deberá ser un médico especialista en nefrología, con certificado de especialización, cédula profesional, debiendo encontrarse en la unidad de hemodiálisis durante 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 el proveedor, 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, Anexo Técnico.

El proveedor 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 5 días hábiles del mes de mayo. 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.

CAC





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

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 proveedor 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 proveedor 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 si 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 reuso de dializadores deberá garantizar el correcto tratamiento de los mínimos 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 proveedor adjudicado prestador de servicio determinará y notificará al licitante adjudicado, 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 proveedor 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 proveedor 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 CTSI 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.

### 3. VISITAS DE LOS LICITANTES A LAS INSTALACIONES.

*Handwritten signature and scribbles*





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

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 los 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.

**3.1. 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 proveedor 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).

- 3.1.1. Instalaciones físicas.
- 3.1.2. Área de tratamiento dialítico por cada estación-paciente (Unidad).
- 3.1.3. Área de tratamiento de agua para hemodiálisis.
- 3.1.4. Servicios Auxiliares.
- 3.1.5. Manuales y Registros.
- 3.1.6. Mantenimiento preventivo y correctivo.
- 3.1.7. Equipamiento de la Unidad de hemodiálisis.
- 3.1.8. Área de consulta médica/Sala de procedimientos para las unidades que no se encuentren dentro del hospital.
- 3.1.9. Recursos Humanos.
- 3.1.10. Insumos.

Asimismo, deberá incluir en su propuesta técnica **Dictamen** del cumplimiento de la NOM-002-STPS-2010, vigente y a nombre del proveedor por parte de la inspección federal del trabajo o en su caso, por parte de unidad de verificación acreditada debidamente por una autoridad competente y **Documento** que acredite la verificación vigente y a nombre del proveedor satisfactoria del Programa Interno de Protección Civil, expedido por la autoridad local de Protección Civil.

**3.2. 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 términos del inciso g) del apartado Términos y Condiciones, de las POBALINES, de acuerdo al nivel jerárquico siguiente:

**3.3. 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:

- 3.3.1. Objeto de la visita.
- 3.3.2. Día, hora, fecha, lugar, persona o (as) con quien se atenderá la revisión de las instalaciones de los licitantes.
- 3.3.3. El resultado que se espera obtener de la misma.
- 3.3.4. El Servidor Público designado para realizar las visitas, deberá firmar de recibido dicho oficio, de conocimiento y como aceptación del encargo.

*CB*







GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

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

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

- 3.4.1. Objeto de la visita.
- 3.4.2. Día, hora, fecha, lugar y nombre de los servidores públicos quienes realizarán la revisión de las instalaciones de los licitantes.
- 3.4.3. El representante legal del proveedor 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.
- 3.4.4. 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.

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

**3.5.1. En OOAD**

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

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

**3.7. Plazos para realizar las visitas al 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 OOAD. Verificación que podrá realizarse a partir del día siguiente a la celebración del acto de presentación y apertura de proposiciones y hasta 01 días hábiles antes previos al acto de a la adjudicación.

**3.8. 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 señalan en su propuesta, que serán señalados en el documento Anexo T 0 (T cero) Oferta Técnica.

**3.9. 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 los 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 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 proveedor para hacerle del conocimiento de la fecha

*Handwritten signature and initials*





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

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.

#### 4. MECANISMO DE EVALUACIÓN DE LAS PROPOSICIONES TÉCNICAS.

Criterios de evaluación. Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 36, 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 36 en lo relativo al criterio binario y 36 Bis, 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.

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.

El 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 proveedor 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;





GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

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 envíe El proveedor 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 envíe El proveedor 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 apartado Documentación Técnica de este documento 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 el área contratante.

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	
Aspectos Técnico-Médicos	La evaluación técnico médica se realizará con el personal de la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud
Aspectos de Protección Civil	La evaluación se realizará por el Jefe del Departamento de Conservación y Servicios Generales de OOAD

El área encargada de concentrar la información relativa a las evaluaciones técnicas elaboradas por cada una de las áreas técnicas anteriormente enunciadas será la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud, para su envío al área contratante.

*Handwritten signature and scribbles*





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

Para efectos de la evaluación de la propuesta técnica, El proveedor deberá cumplir con la documentación solicitada en el 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. Que las Clínicas Subrogadas ofertadas que se encuentran certificadas o en proceso de certificación no se ubiquen en un radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica a la que pretenda prestarse el servicio. Para los casos de los OOAD de Jalisco, la Unidad de Hemodiálisis Subrogada ofertada deberá ubicarse dentro de un radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del Instituto a la que se prestará el servicio.
- 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, éstas 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 proveedor 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, a partir del día siguiente a la recepción de propuestas hasta antes de la fecha de adjudicación, mismos que establecerán comunicación con El proveedor para hacerle del conocimiento de la fecha programada.

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 de 2017, para lo cual previamente el servidor

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten initials]*







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.

Tratándose de los documentos o manifiestos presentados bajo protesta de decir verdad, de conformidad con lo previsto en el artículo 39, 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 proveedor 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. (Aplica para cada una de las localidades de las partidas en las que se participe):

**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).

**4.2.7.** Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente, mismas que se verificará que cumpla con los requisitos fiscales vigentes y que esté a nombre del proveedor.

**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, o en caso de contar del laboratorio propio, copia del aviso de funcionamiento del laboratorio clínico.

050







GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

- 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:
- Número de registro, prórroga o modificación.
  - Titular del registro.
  - Nombre y domicilio del fabricante.
  - Indicaciones de uso y/o descripción.
  - Modelo(s).
  - Fecha de emisión y de vencimiento.
  - 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 proveedor deberá presentar:

- Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.
- 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.

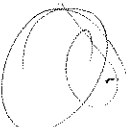
En caso de que los bienes ofertados no requieran de Registro Sanitario, deberá anexar constancia oficial, expedida por COFEPRIS, con firma y cargo del servidor público que la emite, que lo exima del mismo.

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.

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

- 4.2.14. 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.
- 4.2.15. 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.
- 4.2.16. 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.
- 4.2.17. 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.
- 4.2.18. 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.
- 4.2.19. Documento emitido por el Secretario del Consejo de Salubridad General vigente y a nombre del licitante el que conste que cada una de la (s) unidad (es) de hemodiálisis subrogada (s) ofertada

CAC







(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.

- 4.2.20. 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.

En este sentido, 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

- 4.2.21. 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 proveedor deberá adjuntar a este escrito el alta o resolución de la misma.
- 4.2.22. Para los licitantes se deberá 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 T1.2 (T1. dos) consistente en un escrito en formato libre, en hoja membretada del proveedor y debidamente firmado por el representante legal del licitante, 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:

- 4.2.23. Evaluación vigente a nombre del proveedor 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.
- 4.2.24. Acreditación vigente del y a nombre del proveedor 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.

CBF





GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

- 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.

**4.2.25.** Las Clínicas Subrogadas ofertadas deben ubicarse en un radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica a la que pretenda prestarse el servicio. Para los casos de los OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México (D.F.) Sur y Norte, la Unidad de Hemodiálisis Subrogada ofertada deberá ubicarse dentro de un radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del Instituto a la que se prestará el servicio.

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. 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", o que éstos no se apeguen a las características solicitadas., afecta la solvencia de las propuestas.

**5. FOLLETOS, CATÁLOGOS, FOTOGRAFÍAS, MANUALES ENTRE OTROS, EN CASO DE QUE SE REQUIERAN PARA COMPROBAR LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.**

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 los mismos, éstos deberán presentarse en idioma español y en original del fabricante.

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.

**6. NO SE REQUIERE EFECTUAR VISITAS A LAS INSTALACIONES DEL INSTITUTO.**

**7. VISITAS A LAS INSTALACIONES DE 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, a cargo del personal designado por 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 proveedor para hacerle del conocimiento de la fecha programada.

**7.1. 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 UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, misma que estará a cargo del personal designado por 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.

CBE







GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

#### **8. 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 El proveedor

Canje-reposición de bienes por vicios ocultos o problemas de calidad. En un plazo que no exceda de 05 (cinco) días naturales, contados a partir de la fecha de su notificación por parte del instituto.

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 proveedor se obliga a responder por su cuenta y riesgo de los daños y/o perjuicios que, por inobservancia o negligencia de su parte, llegue a causar 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 53 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.

#### **9. GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.**

El proveedor, se obliga a otorgar a el Instituto, dentro de un plazo de 10 (diez) días naturales contados a partir de la firma del contrato en términos del artículo 48 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, y deberá ser renovada dentro de los primeros diez días naturales (artículo 87 del Reglamento de la LAASSP), de cada ejercicio fiscal por el monto a erogar en el mismo, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).

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

Dicha póliza de garantía de cumplimiento del contrato será devuelta al el 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.

#### **10. FORMA DE PAGO**

Con referencia al Oficio No. 09 9001 600 000/018 de fecha 16 de febrero del presente año signado por la Unidad de Operación Financiera, se realiza la simplificación de los requisitos en general para procesar pagos de los capítulos 2000 y 3000 del COG, siendo los siguientes:

Evidencia de la existencia de un convenio o contrato, o del documento con el que se justifique la existencia de una obligación del IMSS para el pago de una contraprestación;  
Representación impresa del comprobante fiscal digital por internet (CFDI) por los bienes o servicios prestados al IMSS; y, Opinión positiva de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social.

- 10.1. El pago se realizará en pesos mexicanos.
- 10.2. El pago se realizará en una sola exhibición.

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).

*CSK*





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

#### 11. MECANISMOS DE COMPROBACIÓN, SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS Y EFECTIVAMENTE PRESTADOS.

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.

El proveedor adjudicado deberá presentar a la fecha del corte de los servicios, la representación impresa del comprobante fiscal digital (factura electrónica), Anexo T 10 Relación de Asistencia de Pacientes en Hemodiálisis Subrogada y el Reporte de Sesiones efectivamente otorgadas, en el periodo obtenido del Sistema del Instituto, en caso de que el proveedor 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.

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 Jefe de Servicio, Subdirector Administrativo y/o Director Médico, dicho reporte deberá ser notificado al 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 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 Trámites de Erogación de las OOAD (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.

#### 12. OTORGAMIENTO DE ANTICIPO.

No se solicita

*CB*







GOBIERNO DE  
MÉXICO



COAD JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS

Ref. N° 14A660612000 / 010 / 0488 / 2024

Guadalajara, Jalisco, 26 de Marzo 2024

Ing. Miguel Angel Navarro Estrada  
Tit. Jefatura de Servicios Administrativos

Con un cordial saludo, de acuerdo con lo previsto en el punto 4.17 de las Políticas Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, que en lo conducente prevé:

"4.17 El Área Requirente, designará por escrito al servidor público que fungirá como Administrador del Contrato o pedido. El o los documentos de designación deberán estar integrados a la requisición".

En apego a dicho numeral se informa que, para la contratación de servicio integral de Hemodiálisis Extramuros, para el periodo del 08 de Abril al 31 de Mayo del 2024, se al siguiente servidor público:

Nombre completo: Julio Agustín Bueno Ledesma

Cargo: Coordinador de Prevención y Atención a la Salud

Área de adscripción en el IMSS: Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

Domicilio institucional: Belisario Dominguez No. 1000, colonia Independencia Guadalajara Jalisco, CP. 44340

Registro Federal de Contribuyentes: [REDACTED]

Clave Única de Registro de Población: [REDACTED]

Correo electrónico institucional: [julio.buenol@imss.gob.mx](mailto:julio.buenol@imss.gob.mx)

Teléfono institucional: 3336683000 Ext. 32160.

Sin más por el momento le reitero la seguridad de mi atenta y distinguida consideración.

Atentamente

Dr. Carlos Francisco Moreno Valencia,  
Titular de la Jefatura de servicios de Prestaciones Médicas,

RAH

RECIBIDO  
IMSS

07 ABR 2024  
COORDINACIÓN DE  
ABASTECIMIENTO  
Y EQUIPAMIENTO  
DELEGACIONAL



**Anexo T0 (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
	Tipo y Número	Localidad		Máximo	936 sesiones mínimo por máquina
JALISCO	HGZ 06 (**)	OCOTLÁN	0.1397 KM	5242	29*
<b>Total:</b>				5242	29*

Notas:

(\*) Se garantizan 936 sesiones por máquina por año.

 (\*\*) Participación conjunta con la Clínica de Hemodiálisis La Barca QUE CUENTA CON 14 MÁQUINAS.  
 Total de Máquinas por partida: 32







**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)		23330051250028
Licencia Sanitaria			

Responsable Sanitario	Nombre	Número de Folio
De la Unidad de Hemodiálisis	ALBERTO BARAJAS MURGUIA	23330051250028

Fecha: 03 DE ABRIL de 2024

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

ALBERTO BARAJAS MURGUIA  
DIRECTOR MÉDICO

Firma del director de la Unidad de Hemodiálisis:



*Handwritten initials and signature*



**Anexo T0 (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)	

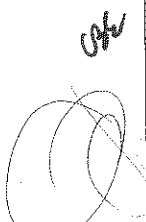
Servicios de traslado	Si	No	Propio	Subrogado
Cuenta con servicio de traslado en ambulancia	(X)			(X)

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
	Tipo y Número	Localidad		Máximo	936 sesiones mínimo por máquina POR AÑO*
JALISCO	HGZ 20	AUTLÁN DE NAVARRO	0.125 KM	1250	10**
<b>Total:</b>				1250	10**

Notas:

(\*) Se garantizan 936 sesiones por máquina por año.





**Anexo T 0 (T-cero)**

**Normatividad**

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

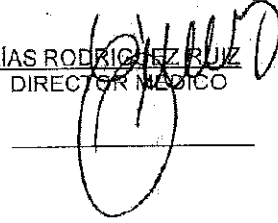
	Si	No	Número de Folio
Aviso de Funcionamiento	(X)		23330051250020
Licencia Sanitaria			

Responsable Sanitario	Nombre	Número de Folio
De la Unidad de Hemodiálisis	DR. ELÍAS RODRIGUEZ RUIZ	23330051250020

Fecha: 03 DE ABRIL de 2024

Nombre y cargo del médico responsable de la Unidad de Hemodiálisis: DR. ELÍAS RODRIGUEZ RUIZ  
DIRECTOR MÉDICO

Firma del director de la Unidad de Hemodiálisis:








Anexo T 0 (T-cero)

Oferta Técnica

Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada

Licitante: PROAGE MANAGEMENT S.C.

<b>Unidad de Hemodiálisis Subrogada</b> <u>CLINICA DE HEMODIÁLISIS LA BARCA</u>	
<b>Domicilio:</b> <u>ALDAMA # 39 COLONIA CENTRO</u> <u>ENTRE RAMON CORONA Y FCO. I. MADERO</u>	<b>C.P.:</b> <u>47910</u>
<b>Municipio/Delegación:</b> <u>LA BARCA</u>	<b>Ext:</b> _____
<b>Horario de Atención:</b> <u>Lunes a Sábado Incluyendo días festivos de 7:00 a 21:00 hrs</u>	<b>Estado:</b> <u>JALISCO</u>
<b>Teléfono:</b> <u>393-935-4533</u>	

<b>Nombre Médico Nefrólogo:</b> <u>EDGAR FRANCISCO CONTRERAS ALVAREZ</u>
<b>Número de Cédula Profesional</b> <u>8532942</u>

Unidad de Hemodiálisis Subrogada	Total m <sup>2</sup>	Se ubica dentro de un Hospital	
		Si	No (X)
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)	93.21 m <sup>2</sup>	Si	No (X)
b) Número de máquinas de Hemodiálisis	<b>Máquinas de Hemodiálisis</b>		
	<b>Total</b>	<b>Sero positivo</b>	<b>Sero negativo</b>
	14	1	13

Equipamiento	Marca (s):	Modelo (s):
Máquina de Hemodiálisis	FRESENIUS	4008S V10
Sistema de tratamiento de agua	ZYZATECH	V-2400
Equipo de reprocesamiento automático de dializadores (en caso de usuario)	Renatron II	Renatron II RS8335

<b>Cuenta con:</b>	
Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General (Anexar documento)	No Certificado
Certificada, Folio: CSG-U-1481-2-01/07/2023-2021-ISO-0005	

Vigente al 01 de Julio de 2023

CSG





**Anexo T0 (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
	Tipo y Número	Localidad		Máximo	936 sesiones mínimo por máquina
JALISCO	HGZ 6	OCOTLÁN	24.82 KM	5242	29*
<b>Total:</b>				5242	29*

**Notas:**

(\*) Se garantizan 936 sesiones por máquina por año.

 (\*\*) Participación conjunta con la Clínica de Hemodiálisis Ocotlán QUE CUENTA CON 18 MÁQUINAS.  
 Total de Máquinas por partida: 32







**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)		233300s1250021
Licencia Sanitaria			

Responsable Sanitario	Nombre	Número de Folio
De la Unidad de Hemodiálisis	EDGAR FRANCISCO CONTRERAS ALVAREZ	233300s1250021

Fecha: 03 DE ABRIL de 2024

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

EDGAR FRANCISCO  
CONTRERAS ALVAREZ /  
DIRECTOR MÉDICO

Firma del Director de la Unidad de Hemodiálisis:

UPC



Anexo T0 (T-cero)

Oferta Técnica

Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada

Licitante: PROAGE MANAGEMENT S.C.

Unidad de Hemodiálisis Subrogada <u>CLINICA DE HEMODIÁLISIS OCOTLÁN</u>		
<u>JUAN BRAVO Y JUAREZ # 130 COLONIA FLORIDA</u>		
Domicilio:	<u>ENTRE GOMEZ FARIAS Y DELGADILLO ARAUJO</u>	C.P.: <u>47820</u>
	<u>Teléfono: (392)-925-4982</u>	Ext:
Municipio/Delegación:	<u>OCOTLÁN</u>	Estado: <u>JALISCO</u>
Horario de Atención: <u>Lunes a Sábado Incluyendo días festivos de 7:00 a 21:00 hrs</u>		


Nombre Médico Nefrólogo:	<u>ALBERTO BARAJAS MURGUIA</u>
Número de Cédula Profesional	<u>8894835</u>

Unidad de Hemodiálisis Subrogada	Total m <sup>2</sup>	Se ubica dentro de un Hospital	
		Si	No (X)
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)	102.08 mt <sup>2</sup>		<input checked="" type="checkbox"/>
		Máquinas de Hemodiálisis	
	Total	Sero positivo	Sero negativo
b) Número de máquinas de Hemodiálisis	18	1	17

Equipamiento	Marca (s):	Modelo (s):
Máquina de Hemodiálisis	FRESENIUS	4008S v10
Sistema de tratamiento de agua	MARCOR PURIFICATION	RO,V-4800
Equipo de reprocesamiento automático de dializadores (en caso de usarlo)	Renatron II	Renatron II RS8335

Cuenta con:	
Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General (Anexar documento)	No Certificado
Certificada, Folio: CSG-U-1480-2-01/07/2023-2021-ISO-0006	

Vigente al 01 de Julio de 2023

*CSG*  






GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

T1 "Requerimiento de Sesiones para pacientes en Hemodiálisis Subrogada por Partida"

Civ	OOAD/ UMAE	Tipo	Número	Localidad	Minimas	Máximas	Precio Unitario	ASIGNADO MÍNIMO	ASIGNADO MÁXIMO
14	JALISCO	HGZ	06	OCOTLÁN	2,097	5,242	\$1, 750.00	\$3,669,750.00	\$9,173,500.00
14	JALISCO	HGZ	20	AUTLAN	500	1,250	\$1, 750.00	\$875,000.00	\$2,187,500.00

*[Handwritten signature]*







GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

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

ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS



Anexo T 2 (T-dos)

ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS

A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS: COMPENDIO NACIONAL DE INSUMOS PARA LA SALUD CLAVE: 531.340.0169

Adjudicación Directa Internacional Bajo la Cobertura de Tratados  
No. AA-50-GYR-050GYR002-T-88-2024

Guadalajara, Jalisco a 03 de Abril de 2024

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO OPERATIVO DE ADMINISTRACIÓN  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
Presente.

SISTEMA DE HEMODIÁLISIS PARA USO EN NEONATO, PEDIÁTRICO Y ADULTO																			
<b>NOMBRE GENÉRICO</b>	<b>ESPECIALIDAD (ES):</b>	<b>SERVICIO (S):</b>	Hospitalización. Unidad de Hemodiálisis																
CLAVE: 531.340.0169	Nefrología																		
<b>Descripción:</b>	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.																		
<b>Descripción</b>	<b>Propuesta del Licitante</b>																		
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. <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Se oferta:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Se oferta:</td> <td>Máquina de hemodiálisis 4008S V10</td> </tr> <tr> <td>Marca:</td> <td>Fresenius Medical Care</td> </tr> <tr> <td>Modelo:</td> <td>4008S V10</td> </tr> <tr> <td>Código:</td> <td>M204001</td> </tr> <tr> <td>Registro Sanitario</td> <td>2069E2011SSA</td> </tr> <tr> <td>Referencias:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10</td> </tr> <tr> <td>Referencias:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> </tbody> </table>			Se oferta:		Se oferta:	Máquina de hemodiálisis 4008S V10	Marca:	Fresenius Medical Care	Modelo:	4008S V10	Código:	M204001	Registro Sanitario	2069E2011SSA	Referencias:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10	Referencias:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)
Se oferta:																			
Se oferta:	Máquina de hemodiálisis 4008S V10																		
Marca:	Fresenius Medical Care																		
Modelo:	4008S V10																		
Código:	M204001																		
Registro Sanitario	2069E2011SSA																		
Referencias:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10																		
Referencias:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)																		

056







GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00



<p>1.- Máquina de hemodiálisis con tecnología basada en microprocesadores.</p>	<p>1.- Máquina de Hemodiálisis Marca Fresenius Medical Care Modelo 4008S V10 con tecnología basada en microprocesadores.</p> <table border="1" data-bbox="792 415 1360 487"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>2</td> </tr> </table>	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10	Página:	2				
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10								
Página:	2								
<p>2. Con capacidad de administración de datos a través de un sistema de cómputo.</p>	<p>2.- Con capacidad de administración de datos a través de un sistema de cómputo.</p> <table border="1" data-bbox="792 571 1360 676"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> <tr> <td>Página</td> <td>Archivo 359   Manual 14-25</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)	Página	Archivo 359   Manual 14-25				
Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)								
Página	Archivo 359   Manual 14-25								
<p>3.- Que trabaje con bicarbonato en polvo, cartucho o en solución (para uso no parenteral).</p>	<p>3.- Que trabaje con bicarbonato en polvo, cartucho o en solución (para uso no parenteral).</p> <table border="1" data-bbox="792 781 1360 886"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 66, 251   Manual 4-6, 7-7</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)	Página:	Archivo 66, 251   Manual 4-6, 7-7				
Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)								
Página:	Archivo 66, 251   Manual 4-6, 7-7								
<p>4.- Con control de parámetros de:</p>	<p>4.- Con control de parámetros de:</p>								
<p>4.1.- Temperatura del líquido dializante dentro del rango de 35 a 38 grados centígrados.</p>	<p>4.1.- Temperatura del líquido dializante de 35 a 39 grados centígrados.</p> <table border="1" data-bbox="792 1003 1360 1171"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 322   Manual 12-14</td> </tr> </table>	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10	Página:	3	Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)	Página:	Archivo 322   Manual 12-14
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10								
Página:	3								
Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)								
Página:	Archivo 322   Manual 12-14								
<p>4.2.- Flujo del líquido dializante dentro del rango de 300 a 800 ml/min o mayor.</p>	<p>4.2.- Flujo del líquido dializante dentro del rango de 300 a 800 ml/min.</p> <table border="1" data-bbox="792 1255 1360 1413"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 322   Manual 12-14</td> </tr> </table>	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10	Página:	3	Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)	Página:	Archivo 322   Manual 12-14
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10								
Página:	3								
Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)								
Página:	Archivo 322   Manual 12-14								
<p>4.3.- Flujo de sangre dentro del rango de 15 ml/min a 500 ml/min.</p>	<p>4.3.- Flujo de sangre dentro del rango de 15 ml/min a 600 ml/min.</p> <table border="1" data-bbox="792 1476 1360 1633"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 323   Manual 12-15</td> </tr> </table>	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10	Página:	3	Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)	Página:	Archivo 323   Manual 12-15
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10								
Página:	3								
Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)								
Página:	Archivo 323   Manual 12-15								

*Use*





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00



<p>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.</p>	<p>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.</p> <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 321   Manual 12-13</td> </tr> </table>	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10	Página:	3	Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)	Página:	Archivo 321   Manual 12-13
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10								
Página:	3								
Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)								
Página:	Archivo 321   Manual 12-13								
<p>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.</p>	<p>4.5.- Nivel de sodio programable durante el proceso de la hemodiálisis dentro del rango de 125 a 150 mEq/l.</p> <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 321   Manual 12-13</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)	Página:	Archivo 321   Manual 12-13	Página:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10	Página:	3
Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)								
Página:	Archivo 321   Manual 12-13								
Página:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10								
Página:	3								
<p>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.</p>	<p>4.6.- Sistema de control de la ultrafiltración con tasa dentro del rango de 0.0 a 4 l/h.</p> <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 320   Manual 12-12</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)	Página:	Archivo 320   Manual 12-12	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10	Página:	3
Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)								
Página:	Archivo 320   Manual 12-12								
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10								
Página:	3								
<p>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.</p>	<p>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.</p> <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 112, 324   Manual 4-52, 12-16</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>3</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)	Página:	Archivo 112, 324   Manual 4-52, 12-16	Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10	Página:	3
Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)								
Página:	Archivo 112, 324   Manual 4-52, 12-16								
Referencia:	Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10								
Página:	3								
<p>5.- Que cuente dentro del sistema con alarmas críticas:</p>	<p>5.- Que cuente dentro del sistema con alarmas críticas:</p>								
<p>5.1.- Presión arterial no invasiva.</p>	<p>5.1.- Presión arterial no invasiva.</p> <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 341, 344, 345   Manual 14-7, 14-10, 14-11</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)	Página:	Archivo 341, 344, 345   Manual 14-7, 14-10, 14-11				
Referencia:	Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)								
Página:	Archivo 341, 344, 345   Manual 14-7, 14-10, 14-11								
<p>5.2.- Detector de aire</p>	<p>5.2.- Detector de aire</p>								

COE





GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



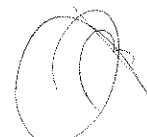
CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

 **PROAGE**  
MANAGEMENT S.C.

	<p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 188   Manual 5-20</p>
5.3.- Detector de fugas sanguíneas	<p>5.3.- Detector de fugas sanguíneas</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 186   Manual 5-18</p>
6.- Pantalla LCD o plasma o tecnología superior integrada a la máquina.	<p>6.- Pantalla LCD integrada a la máquina</p> <p>Referencia: Folleto Máquina de Hemodiálisis 4008S V10</p> <p>Página: 1, 2</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 17, 37, 38   Manual 2-3, 3-3, 3-4</p>
7.- Con capacidad de ingresar al menos tres tipos de perfiles de sodio.	<p>7.- Con capacidad de ingresar seis tipos de perfiles de sodio.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 121, 122   Manual 4-61, 4-62</p>
8.- Con despliegue en pantalla de:	8.- Con despliegue en pantalla de:
8.1.- Presión arterial del circuito.	<p>8.1.- Presión arterial del circuito.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 38   Manual 3-4</p>
8.2.- Presión venosa del circuito.	<p>8.2.- Presión venosa del circuito.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 38   Manual 3-4</p>
8.3.- Presión transmembrana.	<p>8.3.- Presión transmembrana.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 38   Manual 3-4</p>
8.4.- Flujo de líquido dializante.	<p>8.4.- Flujo de líquido dializante.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 50   Manual 3-16</p>
8.5.- Flujo de sangre.	8.5.- Flujo de sangre (efectivo)

086









GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

 **PROAGE**  
MANAGEMENT S.C.

	<p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 49, 52, 273   Manual 3-15, 3-18, 7-29</p>
8.6.- Tasa de infusión de heparina.	<p>8.6.- Tasa de infusión de heparina.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 82, 43   Manual 4-22, 3-9</p>
8.7.- Tasa de ultrafiltración.	<p>8.7.- Tasa de ultrafiltración.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 52   Manual 3-18</p>
8.8.- Conductividad del dializante.	<p>8.8.- Conductividad del dializante.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 37, 38, 54   Manual 3-3, 3-4, 3-20</p>
8.9.- Volumen de sangre procesada.	<p>8.9.- Volumen de sangre procesada (Vol acumulado)</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 49, 57, 273   Manual 3-15, 3-23, 7-29</p>
8.10.- Temperatura del líquido dializante.	<p>8.10.- Temperatura del líquido dializante.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 101, 48   Manual 4-41, 3-14</p>
8.11.- Presión arterial no invasiva del paciente (sistólica y diastólica), frecuencia cardíaca.	<p>8.11.- Presión arterial no invasiva del paciente (sistólica y diastólica), frecuencia cardíaca (pulso) y presión arterial media (PAM)</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 344   Manual 14-10</p>
8.12.- Tiempo transcurrido o restante de diálisis	<p>8.12.- Tiempo transcurrido o restante de diálisis</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 57, 273   Manual 3-23, 7-29</p>
8.13.- Volumen de ultrafiltración conseguido.	<p>8.13.- Volumen de ultrafiltración conseguido (ya extraído)</p>

CBE







	<p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 52   Manual 3-18</p>
9.- Con sistema de alarmas audibles y visibles de:	9.- Con sistema de alarmas audibles y visibles de:
9.1.- Presión arterial del circuito.	<p>9.1.- Presión arterial del circuito.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 176, 180   Manual 5-8, 5-12</p>
9.2.- Presión venosa del circuito.	<p>9.2.- Presión venosa del circuito.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 176, 182   Manual 5-8, 5-14</p>
9.3.- Presión transmembrana.	<p>9.3.- Presión transmembrana.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 176, 183   Manual 5-8, 5-15</p>
9.4.- Flujo del líquido dializante.	<p>9.4.- Flujo del líquido dializante.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 194   Manual 5-26</p>
9.5.- Flujo de sangre.	<p>9.5.- Flujo de sangre.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 187   Manual 5-19</p>
9.6.- Ultrafiltración.	<p>9.6.- Ultrafiltración.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 103, 210   Manual 4-43, 5-42</p>
9.7 - Conductividad.	<p>9.7.- Conductividad.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 194   Manual 5-26</p>
9.8.- Temperatura del líquido dializante.	<p>9.8.- Temperatura del líquido dializante.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p>

UBK





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

 **PROAGE**  
MANAGEMENT S.C.

	Página: Archivo 195   Manual 5-27
9.9.- Detector de fugas sanguíneas.	<p>9.9.- Detector de fugas sanguíneas.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 181, 186   Manual 5-13, 5-18</p>
9.10.- Detector de aire.	<p>9.10.- Detector de aire.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 183, 188   Manual 5-15, 5-20</p>
9.11.- Falla en el suministro de agua.	<p>9.11.- Falla en el suministro de agua.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 196, 210   Manual 5-28, 5-42</p>
9.12.- Falla en el suministro de energía eléctrica.	<p>9.12.- Falla en el suministro de energía eléctrica.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 209   Manual 5-41</p>
9.13.- Presión arterial no invasiva.	<p>9.13.- Presión arterial no invasiva.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 344, 345   Manual 14-10, 14-11</p>
10.- Con sistema automático para desinfección química.	<p>10.- Con sistema automático para desinfección química.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 222, 319   Manual 6-6, 12-11</p>
11.- Con sistema automático para remoción de sales y/o sistema automático de desinfección térmica.	<p>11.- Con sistema automático para remoción de sales y/o sistema automático de desinfección térmica.</p> <p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso)</p> <p>Página: Archivo 319, 322   Manual 12-11, 12-14</p>
	12.- Gabinete con las siguientes características: superficies de material lavable, con base rodable, con sistema de frenos.

OK







GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

 **PROAGE**  
MANAGEMENT S.C.

<p>12.- Gabinete con las siguientes características: superficies de material lavable, con base rodable, con sistema de frenos.</p>	<p>Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 35, 220, 300   Manual 3-1, 6-4, 10-2</p>
<p>13.- Capacidad para guardar la información del tratamiento en caso de falla de energía eléctrica.</p>	<p>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</p>
<p>14.- Con capacidad para realizar el retorno sanguíneo en forma manual en caso de falla eléctrica.</p>	<p>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, 5-37</p>
<p><b>ACCESORIOS</b></p>	<p><b>ACCESORIOS</b></p>
<p>Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.</p>	<p>Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.</p>
<p><b>CONSUMIBLES:</b></p>	<p><b>CONSUMIBLES:</b></p>
<p>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 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.</p>	<p>Se ofertan consumibles relacionados al Anexo T 2 (T-dos)</p>
<p><b>Accesorios Opcionales</b></p>	<p><b>Accesorios Opcionales</b></p>
<p>Monitor de KtV</p>	<p>Nuestro equipo cuenta con monitor para medición de KtV en línea. Referencia: Manual 4008S Máquina de Hemodiálisis (Instrucciones de uso) Página: Archivo 167, 258   Manual 4-107, 7-14</p>

*Handwritten signature and initials*







GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00



Computadora con software de hemodiálisis para obtención y administración de datos. Impresora.	Se oferta equipo de cómputo 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 bicarbonato relacionado al Anexo T 2 (T-dos)
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
<b>REFACCIONES:</b>	<b>REFACCIONES:</b>
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.
<b>INSTALACIÓN</b>	<b>INSTALACIÓN:</b>
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
<b>OPERACIÓN</b>	<b>OPERACIÓN</b>
Por personal especializado de acuerdo con la NOM-003-SSA3-2010 y manual de operación.	Por personal especializado de acuerdo con la NOM-003-SSA3-2010 y manual de operación.
<b>MANTENIMIENTO:</b>	<b>MANTENIMIENTO:</b>
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.

Atentamente

CAROLINA BONILLA ELVIRA  
APODERADO LEGAL  
PROAGE MANAGEMENT S.C.

087





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00



Anexo T 2 (T-dos)

ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS

B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES) apegarse al Compendio Nacional de Insumos para la Salud  
CLAVE:531.340.0227

Adjudicación Directa Internacional Bajo la Cobertura de Tratados  
No. AA-50-GYR-050GYR002-T-88-2024

Guadalajara, Jalisco a 03 de Abril de 2024

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO OPERATIVO DE ADMINISTRACIÓN  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
Presente.

NOMBRE GENÉRICO	UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES		
CLAVE: 531.340.0227	ESPECIALIDAD (ES): Nefrología	SERVICIO (S):	Unidad de Hemodiálisis
Descripción	Propuesta del licitante		
1.- Equipo automático para lavar, desinfectar y reprocesar filtros para hemodiálisis.	1.- Equipo automático para lavar, desinfectar y reprocesar filtros para hemodiálisis. <b>So oferta:</b> Denominación Distintiva: Renatron II 100 y Renalin 100 Marca: Medivators Inc Modelo: RS 8335 Referencia: Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II Página: Archivo: 8, 29   Manual: 4, 25		
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. Referencia: Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II; Página: Archivo 8, 19, 20   Manual 4, 15, 16		
3.- Con software para generación de código de barras.	3.- Con software para generación de código de barras. Referencia: Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II; Página: Archivo 8, 9, 28   Manual 4, 5, 24		

CAF





GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00



<p>4.- Con pruebas de presión y volumen.</p>	<p>4.- Con pruebas de presión y volumen.</p> <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II;</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 13   Manual 9</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II;	Página:	Archivo 13   Manual 9
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II;				
Página:	Archivo 13   Manual 9				
<p>5.- Con capacidad para seleccionar varios programas de limpieza (estándar, altos flujos y alta eficiencia).</p>	<p>5.- Con capacidad para seleccionar varios programas de limpieza (estándar/flujo bajo, altos flujos, alta eficiencia, limpieza previa).</p> <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II;</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 9, 10, 14   Manual 5, 6, 10</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II;	Página:	Archivo 9, 10, 14   Manual 5, 6, 10
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II;				
Página:	Archivo 9, 10, 14   Manual 5, 6, 10				
<p>6.- Para usarse exclusivamente con agua grado hemodiálisis de acuerdo a lo indicado en la NOM-003- SSA3-2010.</p>	<p>6.- Para usarse exclusivamente con agua grado hemodiálisis de acuerdo a lo indicado en el apéndice normativo "A" de la NOM-003- SSA3-2010.</p> <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II;</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 6, 12   Manual 2, 8</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II;	Página:	Archivo 6, 12   Manual 2, 8
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II;				
Página:	Archivo 6, 12   Manual 2, 8				
<p>7.- Con alarmas audibles y visibles para falla de volumen y presión del dializador y suministro de agua al equipo.</p>	<p>7.- Con alarmas audibles y visibles para falla de volumen y presión del dializador y suministro de agua al equipo.</p> <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II;</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 8, 15   Manual 4, 11</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II;	Página:	Archivo 8, 15   Manual 4, 11
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II;				
Página:	Archivo 8, 15   Manual 4, 11				
<p>8.- Impresora de etiquetas para un mejor control de los dializadores.</p>	<p>8.- Impresora de etiquetas para un mejor control de los dializadores.</p> <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II;</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 19, 20, 25   Manual 15, 16, 21</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II;	Página:	Archivo 19, 20, 25   Manual 15, 16, 21
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II;				
Página:	Archivo 19, 20, 25   Manual 15, 16, 21				
<p>9.- Lector de código de barras.</p>	<p>9.- Lector de código de barras.</p>				



	<table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II;</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 8, 14, 20   Manual 4, 10, 16</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II;	Página:	Archivo 8, 14, 20   Manual 4, 10, 16
Referencia:	Manual de Instrucciones de Uso, Renatron II;				
Página:	Archivo 8, 14, 20   Manual 4, 10, 16				

Atentamente

  
 CAROLINA BONILLA ELVIRA  
 APODERADO LEGAL  
 PROAGE MANAGEMENT S.C.

*Handwritten initials and scribbles*





GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00



Anexo T 2 (T-dos)  
ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS

C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO

Adjudicación Directa Internacional Bajo la Cobertura de Tratados  
No. AA-50-GYR-050GYR002-T-88-2024

Guadalajara, Jalisco a 03 de Abril de 2024

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO OPERATIVO DE ADMINISTRACIÓN  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
Presente.

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.	<p>Se ofertan dializadores de membrana sintética de diferentes áreas de superficie de 0.2 m<sup>2</sup> hasta 2.2 m<sup>2</sup></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Oferta</th> </tr> <tr> <td>Denominación Distintiva:</td> <td colspan="3"><u>Dializadores HELIXONE® Clase – FX Fresenius</u></td> </tr> <tr> <td>Membrana Sintética:</td> <td colspan="3"><u>Helixone®</u></td> </tr> <tr> <td>Registro Sanitario:</td> <td colspan="3"><u>2524C2002 SSA</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>Modelo:</b></td> <td><b>Código:</b></td> <td><b>Superficie m<sup>2</sup>:</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td><u>Dializador Helixone® HF Clase - FX Paed</u></td> <td><u>5008221</u></td> <td><u>0.2 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td><u>Dializador Helixone® LF Clase- FX5</u></td> <td><u>5004831</u></td> <td><u>1.0 m<sup>2</sup> (Bajo flujo)</u></td> </tr> <tr> <td>Referencia</td> <td><u>Folleto "FX paed"</u></td> <td colspan="2">Página: <u>1, 2</u></td> </tr> <tr> <td>Referencia</td> <td><u>Folleto "FX - class"</u></td> <td colspan="2">Página: <u>1, 4</u></td> </tr> <tr> <th colspan="4">Oferta</th> </tr> <tr> <td>Denominación Distintiva:</td> <td colspan="3"><u>Dializador Fresenius Helixone® Plus - FX CorDiax de Alto Flujo</u></td> </tr> <tr> <td>Membrana Sintética:</td> <td colspan="3"><u>Helixone® Plus (Polisulfona)</u></td> </tr> <tr> <td>Registro Sanitario:</td> <td colspan="3"><u>1280E2013 SSA</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>Modelo:</b></td> <td><b>Código:</b></td> <td><b>Superficie m<sup>2</sup>:</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td><u>Dializador FX CorDiax 40</u></td> <td><u>F00001588</u></td> <td><u>0.6 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td><u>Dializador FX CorDiax 60</u></td> <td><u>F00001590</u></td> <td><u>1.4 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td><u>Dializador FX CorDiax 80</u></td> <td><u>F00001591</u></td> <td><u>1.8 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td><u>Dializador FX CorDiax 100</u></td> <td><u>F00001592</u></td> <td><u>2.2 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u></td> </tr> </thead></table>	Oferta				Denominación Distintiva:	<u>Dializadores HELIXONE® Clase – FX Fresenius</u>			Membrana Sintética:	<u>Helixone®</u>			Registro Sanitario:	<u>2524C2002 SSA</u>				<b>Modelo:</b>	<b>Código:</b>	<b>Superficie m<sup>2</sup>:</b>		<u>Dializador Helixone® HF Clase - FX Paed</u>	<u>5008221</u>	<u>0.2 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>		<u>Dializador Helixone® LF Clase- FX5</u>	<u>5004831</u>	<u>1.0 m<sup>2</sup> (Bajo flujo)</u>	Referencia	<u>Folleto "FX paed"</u>	Página: <u>1, 2</u>		Referencia	<u>Folleto "FX - class"</u>	Página: <u>1, 4</u>		Oferta				Denominación Distintiva:	<u>Dializador Fresenius Helixone® Plus - FX CorDiax de Alto Flujo</u>			Membrana Sintética:	<u>Helixone® Plus (Polisulfona)</u>			Registro Sanitario:	<u>1280E2013 SSA</u>				<b>Modelo:</b>	<b>Código:</b>	<b>Superficie m<sup>2</sup>:</b>		<u>Dializador FX CorDiax 40</u>	<u>F00001588</u>	<u>0.6 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>		<u>Dializador FX CorDiax 60</u>	<u>F00001590</u>	<u>1.4 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>		<u>Dializador FX CorDiax 80</u>	<u>F00001591</u>	<u>1.8 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>		<u>Dializador FX CorDiax 100</u>	<u>F00001592</u>	<u>2.2 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>
Oferta																																																																										
Denominación Distintiva:	<u>Dializadores HELIXONE® Clase – FX Fresenius</u>																																																																									
Membrana Sintética:	<u>Helixone®</u>																																																																									
Registro Sanitario:	<u>2524C2002 SSA</u>																																																																									
	<b>Modelo:</b>	<b>Código:</b>	<b>Superficie m<sup>2</sup>:</b>																																																																							
	<u>Dializador Helixone® HF Clase - FX Paed</u>	<u>5008221</u>	<u>0.2 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>																																																																							
	<u>Dializador Helixone® LF Clase- FX5</u>	<u>5004831</u>	<u>1.0 m<sup>2</sup> (Bajo flujo)</u>																																																																							
Referencia	<u>Folleto "FX paed"</u>	Página: <u>1, 2</u>																																																																								
Referencia	<u>Folleto "FX - class"</u>	Página: <u>1, 4</u>																																																																								
Oferta																																																																										
Denominación Distintiva:	<u>Dializador Fresenius Helixone® Plus - FX CorDiax de Alto Flujo</u>																																																																									
Membrana Sintética:	<u>Helixone® Plus (Polisulfona)</u>																																																																									
Registro Sanitario:	<u>1280E2013 SSA</u>																																																																									
	<b>Modelo:</b>	<b>Código:</b>	<b>Superficie m<sup>2</sup>:</b>																																																																							
	<u>Dializador FX CorDiax 40</u>	<u>F00001588</u>	<u>0.6 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>																																																																							
	<u>Dializador FX CorDiax 60</u>	<u>F00001590</u>	<u>1.4 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>																																																																							
	<u>Dializador FX CorDiax 80</u>	<u>F00001591</u>	<u>1.8 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>																																																																							
	<u>Dializador FX CorDiax 100</u>	<u>F00001592</u>	<u>2.2 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>																																																																							

002









	<p>Referencia <u>Folleto "El nuevo FX CorDiax"</u> <span style="float: right;">Página: 1, 5</span></p> <p style="text-align: center;">Oferta</p> <p>Denominación Distintiva: <u>Dializadores Fresenius Polisulfona®</u></p> <p>Membrana Sintética: <u>Polisulfona</u></p> <p>Registro Sanitario: <u>1271C2014 SSA</u></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Modelo:</th> <th>Código:</th> <th>Superficie m<sup>2</sup>:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>F6 HPS</u></td> <td><u>5007061</u></td> <td><u>1.3 m<sup>2</sup> (Bajo flujo)</u></td> </tr> <tr> <td><u>F8 HPS</u></td> <td><u>5007081</u></td> <td><u>1.8 m<sup>2</sup> (Bajo flujo)</u></td> </tr> </tbody> </table> <p>Referencia <u>Folleto Dializador Bajo Flujo HPS</u> <span style="float: right;">Página: 1, 5</span></p> <p style="text-align: center;">Oferta</p> <p>Denominación Distintiva: <u>Dializadores Fresenius Polisulfona®</u></p> <p>Membrana Sintética: <u>Fresenius Polisulfona</u></p> <p>Registro Sanitario: <u>1272C2014 SSA</u></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Modelo:</th> <th>Código:</th> <th>Superficie m<sup>2</sup>:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>HF80S</u></td> <td><u>5007181</u></td> <td><u>1.8 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u></td> </tr> </tbody> </table> <p>Referencia <u>Folleto Dializadores de Alto Flujo</u> <span style="float: right;">Página: 1, 5</span></p> <p style="text-align: center;">Oferta</p> <p>Denominación Distintiva: <u>Optiflux®</u></p> <p>Membrana Sintética: <u>Polisulfona avanzada Fresenius</u></p> <p>Registro Sanitario: <u>2135E2009 SSA</u></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Modelo:</th> <th>Código:</th> <th>Superficie m<sup>2</sup>:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Fresenius Optiflux® F160NR</u></td> <td><u>0500316E</u></td> <td><u>1.5 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u></td> </tr> <tr> <td><u>Fresenius Optiflux® F180NR</u></td> <td><u>0500318E</u></td> <td><u>1.7 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u></td> </tr> <tr> <td><u>Fresenius Optiflux® F200NR</u></td> <td><u>0500320E</u></td> <td><u>1.9 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u></td> </tr> </tbody> </table> <p>Referencia <u>Folleto "Dializadores Optiflux®"</u> <span style="float: right;">Página: 1, 2</span></p>	Modelo:	Código:	Superficie m <sup>2</sup> :	<u>F6 HPS</u>	<u>5007061</u>	<u>1.3 m<sup>2</sup> (Bajo flujo)</u>	<u>F8 HPS</u>	<u>5007081</u>	<u>1.8 m<sup>2</sup> (Bajo flujo)</u>	Modelo:	Código:	Superficie m <sup>2</sup> :	<u>HF80S</u>	<u>5007181</u>	<u>1.8 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>	Modelo:	Código:	Superficie m <sup>2</sup> :	<u>Fresenius Optiflux® F160NR</u>	<u>0500316E</u>	<u>1.5 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>	<u>Fresenius Optiflux® F180NR</u>	<u>0500318E</u>	<u>1.7 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>	<u>Fresenius Optiflux® F200NR</u>	<u>0500320E</u>	<u>1.9 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>
Modelo:	Código:	Superficie m <sup>2</sup> :																										
<u>F6 HPS</u>	<u>5007061</u>	<u>1.3 m<sup>2</sup> (Bajo flujo)</u>																										
<u>F8 HPS</u>	<u>5007081</u>	<u>1.8 m<sup>2</sup> (Bajo flujo)</u>																										
Modelo:	Código:	Superficie m <sup>2</sup> :																										
<u>HF80S</u>	<u>5007181</u>	<u>1.8 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>																										
Modelo:	Código:	Superficie m <sup>2</sup> :																										
<u>Fresenius Optiflux® F160NR</u>	<u>0500316E</u>	<u>1.5 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>																										
<u>Fresenius Optiflux® F180NR</u>	<u>0500318E</u>	<u>1.7 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>																										
<u>Fresenius Optiflux® F200NR</u>	<u>0500320E</u>	<u>1.9 m<sup>2</sup> (Alto flujo)</u>																										
<p>2</p> <p>Juego de líneas arterial y venosa, desechable, estéril, con conectores, con o sin protectores de transductor de</p>	<p>Juego de líneas arterial y venosa para hemodiálisis, desechable, estéril, con conectores, con protectores de transductor de presión. Compatible con la Máquina de Hemodiálisis 4008S V10 Marca Fresenius Medical Care, con diferentes volúmenes de cebado para adulto y pediátrico</p> <p style="text-align: center;">Oferta</p> <p>Denominación Distintiva: <u>Línea de Sangre A/V</u></p> <p>Registro Sanitario: <u>1828E2001 SSA</u></p>																											

*Handwritten signature and scribbles*





GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

 **PROAGE**  
MANAGEMENT S.C.

<p>presión, compatible con la máquina de hemodiálisis de la marca correspondiente con diferentes volúmenes de cebado para adulto y pediátrico.</p>	<p>Código: <u>F00001063</u>          Paciente: <u>Pediátrico / Neonatal</u>          Volumen de llenado: <u>56 mL</u></p> <p>Referencia <u>Folleto: Líneas Arterial y Venosa para Hemodiálisis pediátrica y neonatal</u> <span style="float: right;">Página: 1, 2</span></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Oferta</b></p> <p>Denominación Distintiva: <u>Combi Set®</u>          Registro Sanitario: <u>0224E2011 SSA</u>          Código: <u>03-2622-3 Combiset Adulto</u></p> <p>Segmento de Bomba: <u>8.0 mm de diámetro interno.</u>          Volumen de cebado: <u>82mL arterial, 60 mL venoso.</u></p> <p>Código: <u>03-2692-6 Combiset Pediátrico</u>          Segmento de Bomba: <u>6.35 mm de diámetro interno.</u>          Volumen de cebado: <u>45 mL arterial, 33 mL venoso.</u></p> <p>Referencia <u>Folleto: Combiset Juego de líneas arterial y venosa para hemodiálisis</u> <span style="float: right;">1,2</span></p>									
<p>3</p> <p>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.</p>	<p>Ácido en solución líquidos concentrados para hemodiálisis con variabilidad en concentración de Potasio de 0 o 2.0 y Calcio de 2.5 o 3.5 mEq/L compatible con la Máquina de Hemodiálisis 4008S V10 marca Fresenius Medical Care.</p> <p style="text-align: center;"><b>Oferta</b></p> <p>Denominación Distintiva: <u>Naturalyte®</u>          Registro Sanitario: <u>0827C2008 SSA</u></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Potasio mEq/L</th> <th>Calcio mEq/L</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>F00000226</td> <td>0.0</td> <td>2.5</td> </tr> <tr> <td>F00000260</td> <td>2.0</td> <td>2.5</td> </tr> </tbody> </table>	Código	Potasio mEq/L	Calcio mEq/L	F00000226	0.0	2.5	F00000260	2.0	2.5
Código	Potasio mEq/L	Calcio mEq/L								
F00000226	0.0	2.5								
F00000260	2.0	2.5								

*Handwritten signature*





		<p>Referencia <u>Folleto "Naturalyte®" Concentrados para hemodiálisis</u> : <span style="float: right;">Página: 1.2</span></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Oferta</b></p> <p>Denominación Distintiva: <u>Granuflo Naturalyte Fresenius Concentrado de Ácido Seco</u></p> <p>Registro Sanitario: <u>0346C2005 SSA</u></p> <table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Código</th> <th style="text-align: left;">Potasio mEq/L</th> <th style="text-align: left;">Calcio mEq/L</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0FD2251-3B</td> <td>2.0</td> <td>2.5</td> </tr> <tr> <td>0FD2301-3B</td> <td>2.0</td> <td>3.0</td> </tr> </tbody> </table> <p>Referencia <u>Folleto Granuflo® Sistemas de Disolución de Ácido en Polvo</u> : <span style="float: right;">Página: 1.2</span></p>	Código	Potasio mEq/L	Calcio mEq/L	0FD2251-3B	2.0	2.5	0FD2301-3B	2.0	3.0
Código	Potasio mEq/L	Calcio mEq/L									
0FD2251-3B	2.0	2.5									
0FD2301-3B	2.0	3.0									
4	<p>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.</p>	<p>Bicarbonato de sodio en polvo para hemodiálisis: Para uso no parenteral, y conductividad. Compatible con la Máquina de Hemodiálisis 4008S V10. Marca Fresenius Medical Care; para Ácido específico Presentación en paquete.</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Oferta</b></p> <p>Denominación Distintiva: <u>Eriyte Naturalyte National</u> -</p> <p>Registro Sanitario: <u>0002R92 SSA</u> -</p> <p>Código: <u>08-4400-1</u> -</p> <p>Referencia <u>Folleto "Naturalyte®" Concentrados para Hemodiálisis</u> : <span style="float: right;">Página: 1.2</span></p>									
5	<p>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 fuer lock, mariposa y aguja calibre 15 o 16 adulto y 16 o 17 g. pediátrico y con orificio posterior</p>	<p>Cánula para punción de fístula arteriovenosa interna: consta de tubo de elastómero de silicón de 30 cm. de longitud, con obturador y adaptador fuer lock, mariposa y aguja calibre 15 o 16 adulto y 16 o 17 g. pediátrico y con orificio posterior al bisel; un lumen.</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Oferta</b></p> <p>Denominación Distintiva: <u>Aguja-Fistula Fresenius</u></p> <p>Registro Sanitario: <u>0493C99 SSA</u></p> <p>Aguja - Fistula: <u>Adulto</u></p> <p>Códigos: <u>Arterial: 5082501; Venosa 5082631</u></p> <p>Calibre / Longitud: <u>15GA / 300 mm</u></p> <p>Aguja - Fistula: <u>Adulto y Pediátrico</u></p> <p>Códigos: <u>Arterial: 5082511; Venosa 5082641</u></p> <p>Calibre / Longitud: <u>16GA / 300 mm</u></p>									

CAF







GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

**PROAGE**  
MANAGEMENT S.C.

<p>al bisel; un lumen.</p>	<p>Aguja - Fistula: <u>Adulto y Pediátrico</u>          Códigos: <u>Arterial: 5082521; Venosa 5082651</u>          Calibre / Longitud: <u>17GA / 300 mm</u></p> <p>Referencia: <u>Folleto "Agujas de Fistula para Hemodiálisis"</u> <span style="float: right;">Página: 1,2</span></p>																				
<p>Material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter o fistula, según corresponda, conteniendo al menos:</p> <p>Material estéril para conexión de catéter:          2 pares de guantes          2 jeringas desechables          8 gasas          1 campo de tela absorbente</p> <p>6 Material estéril para desconexión de catéter:          1 par de guantes          6 gasas          2 tapones de Luer Lock para catéter          1 apósito especial para catéter</p> <p>Material estéril para conexión de fistula:          1 par de guantes          5 gasas          2 campos de tela absorbente</p> <p>Material estéril</p>	<p>Material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter o fistula, según corresponda, conteniendo al menos:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Oferta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Denominación Distintiva:</td> <td><u>Kit para Conexión y Desconexión de Catéter</u> -</td> </tr> <tr> <td>Código:</td> <td><u>KIT CC-CD (Presentación 3)</u> -</td> </tr> <tr> <td>Registro Sanitario</td> <td><u>0530C2011 SSA</u> -</td> </tr> <tr> <td>Presentación:</td> <td> <u>CC Kit para Conexión de Catéter:</u>  <u>4 Guantes de examen medianos.</u>  <u>10 Esponjas de gasa 7.5 cm x 5.0 cm.</u>  <u>2 Jeringas de 3 ml.</u>  <u>Campo de tela absorbente de 30.0 cm x 40.0 cm.</u>  <u>CD Kit para Desconexión de Catéter:</u>  <u>2 Guantes de examen medianos.</u>  <u>5 Esponjas de gasa 7.5 cm x 5.0 cm.</u>  <u>1 Esponja de gasa 10.0 cm x 10.0 cm.</u>  <u>2 Tapones Luer para catéter.</u>  <u>1 Apósito especial para catéter 10.0 cm x 14.0 cm.</u> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Referencia: Folleto "EQ KIT PARA CURACIÓN EN HEMODIÁLISIS KIT CC-CD PARA PACIENTES CON CATETER" <span style="float: right;">Página: 1, 2</span></p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Oferta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Denominación Distintiva:</td> <td><u>Kit para Conexión y Desconexión de Fistula</u> -</td> </tr> <tr> <td>Código:</td> <td><u>KIT FC-FD (Presentación 3)</u> -</td> </tr> <tr> <td>Registro Sanitario</td> <td><u>0531C2011 SSA</u> -</td> </tr> <tr> <td>Presentación:</td> <td> <u>FC Kit para Conexión de Fistula</u>  <u>2 Guantes de examen medianos.</u>  <u>6 Esponjas de gasa 7.5 cm x 5.0 cm.</u>  <u>4 Campos de tela absorbente de 35.0 x 40.0 cm.</u>  <u>FD Kit para Desconexión de Fistula</u>  <u>2 Guantes de examen medianos.</u>  <u>6 Esponjas de gasa 7.5 cm x 5.0 cm.</u>  <u>2 Apósito ovales ó circulares.</u> </td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">Página: 1, 2</p>	Oferta		Denominación Distintiva:	<u>Kit para Conexión y Desconexión de Catéter</u> -	Código:	<u>KIT CC-CD (Presentación 3)</u> -	Registro Sanitario	<u>0530C2011 SSA</u> -	Presentación:	<u>CC Kit para Conexión de Catéter:</u> <u>4 Guantes de examen medianos.</u> <u>10 Esponjas de gasa 7.5 cm x 5.0 cm.</u> <u>2 Jeringas de 3 ml.</u> <u>Campo de tela absorbente de 30.0 cm x 40.0 cm.</u> <u>CD Kit para Desconexión de Catéter:</u> <u>2 Guantes de examen medianos.</u> <u>5 Esponjas de gasa 7.5 cm x 5.0 cm.</u> <u>1 Esponja de gasa 10.0 cm x 10.0 cm.</u> <u>2 Tapones Luer para catéter.</u> <u>1 Apósito especial para catéter 10.0 cm x 14.0 cm.</u>	Oferta		Denominación Distintiva:	<u>Kit para Conexión y Desconexión de Fistula</u> -	Código:	<u>KIT FC-FD (Presentación 3)</u> -	Registro Sanitario	<u>0531C2011 SSA</u> -	Presentación:	<u>FC Kit para Conexión de Fistula</u> <u>2 Guantes de examen medianos.</u> <u>6 Esponjas de gasa 7.5 cm x 5.0 cm.</u> <u>4 Campos de tela absorbente de 35.0 x 40.0 cm.</u> <u>FD Kit para Desconexión de Fistula</u> <u>2 Guantes de examen medianos.</u> <u>6 Esponjas de gasa 7.5 cm x 5.0 cm.</u> <u>2 Apósito ovales ó circulares.</u>
Oferta																					
Denominación Distintiva:	<u>Kit para Conexión y Desconexión de Catéter</u> -																				
Código:	<u>KIT CC-CD (Presentación 3)</u> -																				
Registro Sanitario	<u>0530C2011 SSA</u> -																				
Presentación:	<u>CC Kit para Conexión de Catéter:</u> <u>4 Guantes de examen medianos.</u> <u>10 Esponjas de gasa 7.5 cm x 5.0 cm.</u> <u>2 Jeringas de 3 ml.</u> <u>Campo de tela absorbente de 30.0 cm x 40.0 cm.</u> <u>CD Kit para Desconexión de Catéter:</u> <u>2 Guantes de examen medianos.</u> <u>5 Esponjas de gasa 7.5 cm x 5.0 cm.</u> <u>1 Esponja de gasa 10.0 cm x 10.0 cm.</u> <u>2 Tapones Luer para catéter.</u> <u>1 Apósito especial para catéter 10.0 cm x 14.0 cm.</u>																				
Oferta																					
Denominación Distintiva:	<u>Kit para Conexión y Desconexión de Fistula</u> -																				
Código:	<u>KIT FC-FD (Presentación 3)</u> -																				
Registro Sanitario	<u>0531C2011 SSA</u> -																				
Presentación:	<u>FC Kit para Conexión de Fistula</u> <u>2 Guantes de examen medianos.</u> <u>6 Esponjas de gasa 7.5 cm x 5.0 cm.</u> <u>4 Campos de tela absorbente de 35.0 x 40.0 cm.</u> <u>FD Kit para Desconexión de Fistula</u> <u>2 Guantes de examen medianos.</u> <u>6 Esponjas de gasa 7.5 cm x 5.0 cm.</u> <u>2 Apósito ovales ó circulares.</u>																				

**PROAGE**  
MANAGEMENT S.C.

<p>para desconexión de fistula:          1 par de guantes          6 gasas          2 apósitos circulares</p>	<p>Referencia: Folleto "EQ KIT PARA CURACIÓN EN HEMODIÁLISIS KIT FC-FD PARA PACIENTES CON FISTULA"</p>
---	--

Atentamente

  
 CAROLINA BONILLA ELVIRA  
 APODERADO LEGAL  
 PROAGE MANAGEMENT S.C.









GOBIERNO DE MEXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00



Anexo T 2 (T-dos)

D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO CON EL COMPENDIO NACIONAL DE INSUMOS PARA LA SALUD

Adjudicación Directa Internacional Bajo la Cobertura de Tratados No. AA-50-GYR-050GYR002-T-88-2024

Guadalajara, Jalisco a 03 de Abril de 2024

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO OPERATIVO DE ADMINISTRACION
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO
Presente.

Table with 3 columns: No., Descripción, and Propuesta del proveedor. It contains three rows of data for medical equipment bids, including details like '060.345.0149 Para hemodiálisis, pediátrico' and '060.345.2301 Para hemodiálisis. Adulto'.

COE







GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

**PROAGE**  
MANAGEMENT S.C.

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

Denominación Smart  
Distintiva:  
Marca Equipos de Biomedicina de México, SA de CV  
Código: 200P115DLECEP  
Registro Sanitario 972C94 SSA  
Contenido: Una cánula.  
Una guía de acero inoxidable.  
Jeringa de plástico 5 ml  
Un catéter doble lumen calibre de 11.5 fr, longitud de 200 mm con obturador y un dilatador con extensiones curvas.  
Tipo: Mahurkar.  
Estéril y desechable

Referencia: Folleto "SMART Catéter para hemodiálisis"

Página: 1.2

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.

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 32 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:

Oferta

Denominación Evolution  
Distintiva:  
Marca Equipos de Biomedicina de México SA de CV  
Código: 320S125DLEP  
Registro Sanitario 0439C2006 SSA  
Contenido: Catéter de doble lumen de 32 cm de longitud  
Aguja introductora calibre 18 G.  
Introductor con camisa desprendible.  
Guía de alambre de 0.038", con longitud 70 cm  
Jeringa de 5 ml  
2 Tapones de inyección  
Estéril y desechable

Referencia: Folleto "EVOLUTION Equipo para hemodiálisis con catéter temporal o permanente" Página: 1.2

CAE







GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

**PROAGE**  
MANAGEMENT S.C.

	Estéril y desechable. 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.	060.166.0541 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño pediátrico, de doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetro interno de <u>1.5 mm a 2.0 mm</u> en el lado arterial y de <u>1.5 mm a 1.2 mm</u> en el lado venoso, con longitud de <u>28 cm</u> , con separación mínima de <u>2.5 cm</u> 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:  <b>Oferta</b> Denominación: <u>Evolution</u> Distintiva: Marca: <u>Equipos de Biomedicina de México, SA de CV</u> Código: <u>280S125DLEP</u> Registro Sanitario: <u>0439C2006 SSA</u> Contenido: <u>Catéter de doble lumen con 28 cm de longitud</u> <u>Aguja introductora calibre 18 G.</u> <u>Introductor con camisa desprendible.</u> <u>Guía de alambre de 0.038", con longitud de 70 cm</u> <u>Jeringa de 5 ml</u> <u>2 Tapones de inyección</u>  Referencia: Folleto "EVOLUTION Equipo para hemodiálisis con catéter temporal o permanente" Página: <u>1,2</u>	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano o ptfé, estéril y desechable.  <b>Oferta</b> Denominación: <u>Vascular Grafts</u> Distintiva: Marca: <u>Bard Peripheral Vascular Inc y/o Bard Peripheral Vascular</u> Código: <u>F6005</u> Registro Sanitario: <u>1907C2014 SSA</u> Medidas: <u>60cm x 5mm</u> Referencia: Folleto "Periférico Vascular Bard" Página: <u>1, 7, 9, 10.</u>	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano o ptfé, estéril y desechable.  <b>Oferta</b> Denominación: <u>Vascular Grafts</u> Distintiva: Marca: <u>Bard Peripheral Vascular Inc y/o Bard Peripheral Vascular</u> Código: <u>F6006</u>
6	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, ó ptfé, estéril y desechable. Longitud 40 A 60 cm., x 5, mm., de diámetro.	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano o ptfé, estéril y desechable.  <b>Oferta</b> Denominación: <u>Vascular Grafts</u> Distintiva: Marca: <u>Bard Peripheral Vascular Inc y/o Bard Peripheral Vascular</u> Código: <u>F6005</u> Registro Sanitario: <u>1907C2014 SSA</u> Medidas: <u>60cm x 5mm</u> Referencia: Folleto "Periférico Vascular Bard" Página: <u>1, 7, 9, 10.</u>	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano o ptfé, estéril y desechable.  <b>Oferta</b> Denominación: <u>Vascular Grafts</u> Distintiva: Marca: <u>Bard Peripheral Vascular Inc y/o Bard Peripheral Vascular</u> Código: <u>F6006</u>	
7	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfé estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 6 mm., de diámetro.	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano o ptfé, estéril y desechable.  <b>Oferta</b> Denominación: <u>Vascular Grafts</u> Distintiva: Marca: <u>Bard Peripheral Vascular Inc y/o Bard Peripheral Vascular</u> Código: <u>F6006</u>		

CAR





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

 **PROAGE**  
MANAGEMENT S.C.

		<p>Registro Sanitario <u>1907C2014 SSA</u>  Medidas: <u>60cm x 6mm / 70cm x 6mm</u>  Referencia: Folleto "Periférico Vascular Bard" <span style="float: right;">Página: 1, 7, 9, 10</span></p>
8	<p>Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o pte, estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 8 mm., de diámetro.</p>	<p>Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, ó o pte, estéril y desechable.</p> <p style="text-align: center;"><b>Oferta</b></p> <p>Denominación Distintiva: <u>Vascular Grafts</u>  Marca: <u>Bard Peripheral Vascular Inc v/o Bard Peripheral Vascular</u>  Código: <u>F6008</u>  Registro Sanitario: <u>1907C2014 SSA</u>  Medidas: <u>60cm x 8mm / 70cm x 8mm</u>  Referencia: Folleto "Periférico Vascular Bard" <span style="float: right;">Página: 1, 7, 9, 10</span></p>

Atentamente

CAROLINA BONILLA ELVIRA  
APODERADO LEGAL  
PROAGE MANAGEMENT S.C.

CBE







GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00



Anexo T 2 (T-dos)  
E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO

Adjudicación Directa Internacional Bajo la Cobertura de Tratados  
No. AA-50-GYR-050GYR002-T-88-2024

Guadalajara, Jalisco a 03 de Abril de 2024

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO OPERATIVO DE ADMINISTRACIÓN  
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
Presente.

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 para procedimientos médicos durante la sesión. <table border="1" data-bbox="634 814 1284 982"> <thead> <tr> <th colspan="2">Se oferta:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Marca:</td> <td>CHAMPION</td> </tr> <tr> <td>Modelo:</td> <td>59</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Sillón Champion</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>6, 22</td> </tr> </tbody> </table>	Se oferta:		Marca:	CHAMPION	Modelo:	59	Referencia:	Folleto Sillón Champion	Página:	6, 22
Se oferta:											
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. <table border="1" data-bbox="634 1052 1284 1188"> <tbody> <tr> <td>Marca:</td> <td>CHAMPION</td> </tr> <tr> <td>Modelo:</td> <td>59</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Sillón Champion</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>8 y 24</td> </tr> </tbody> </table>	Marca:	CHAMPION	Modelo:	59	Referencia:	Folleto Sillón Champion	Página:	8 y 24		
Marca:	CHAMPION										
Modelo:	59										
Referencia:	Folleto Sillón Champion										
Página:	8 y 24										
3. Vida media promedio de uso de un año	3.- Vida media promedio de uso de un año <table border="1" data-bbox="634 1255 1284 1392"> <tbody> <tr> <td>Marca:</td> <td>CHAMPION</td> </tr> <tr> <td>Modelo:</td> <td>59</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Sillón Champion</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>4, 20</td> </tr> </tbody> </table>	Marca:	CHAMPION	Modelo:	59	Referencia:	Folleto Sillón Champion	Página:	4, 20		
Marca:	CHAMPION										
Modelo:	59										
Referencia:	Folleto Sillón Champion										
Página:	4, 20										
4. De fácil limpieza	4.- De fácil limpieza. <table border="1" data-bbox="634 1459 1284 1596"> <tbody> <tr> <td>Marca:</td> <td>CHAMPION</td> </tr> <tr> <td>Modelo:</td> <td>59</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Folleto Sillón Champion</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>4, 20</td> </tr> </tbody> </table>	Marca:	CHAMPION	Modelo:	59	Referencia:	Folleto Sillón Champion	Página:	4, 20		
Marca:	CHAMPION										
Modelo:	59										
Referencia:	Folleto Sillón Champion										
Página:	4, 20										
5. Ergonómicamente	5.- Ergonómicamente diseñado que permita el trendelemburg por cada máquina.										

Ude





GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00



diseñado que permita el trendelemburg por cada máquina.	<table border="1"> <tr><td>Marca:</td><td>CHAMPION</td></tr> <tr><td>Modelo:</td><td>59</td></tr> <tr><td>Referencia:</td><td>Folleto Sillón Champion</td></tr> <tr><td>Página:</td><td>6, 22</td></tr> </table>	Marca:	CHAMPION	Modelo:	59	Referencia:	Folleto Sillón Champion	Página:	6, 22		
Marca:	CHAMPION										
Modelo:	59										
Referencia:	Folleto Sillón Champion										
Página:	6, 22										
6. Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados.	<p>6.- Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados.</p> <table border="1"> <tr><td>Marca:</td><td>CHAMPION</td></tr> <tr><td>Modelo:</td><td>59</td></tr> <tr><td>Referencia:</td><td>Folleto Sillón Champion</td></tr> <tr><td>Página:</td><td>6, 9, 22 y 25</td></tr> </table>	Marca:	CHAMPION	Modelo:	59	Referencia:	Folleto Sillón Champion	Página:	6, 9, 22 y 25		
Marca:	CHAMPION										
Modelo:	59										
Referencia:	Folleto Sillón Champion										
Página:	6, 9, 22 y 25										
Propuesta del licitante											
Descripción	Propuesta del licitante										
1. Reclinables que logren un decúbito dorsal adecuado para procedimientos médicos durante la sesión.	<p>1.- Reclinables que logren un decúbito dorsal adecuado para procedimientos médicos durante la sesión.</p> <table border="1"> <tr><td colspan="2">Se oferta:</td></tr> <tr><td>Marca:</td><td>WINCO</td></tr> <tr><td>Modelo:</td><td>653</td></tr> <tr><td>Referencia:</td><td>Manual de Operación y Mantenimiento para propietarios</td></tr> <tr><td>Página:</td><td>Archivo 7   Manual 8</td></tr> </table>	Se oferta:		Marca:	WINCO	Modelo:	653	Referencia:	Manual de Operación y Mantenimiento para propietarios	Página:	Archivo 7   Manual 8
Se oferta:											
Marca:	WINCO										
Modelo:	653										
Referencia:	Manual de Operación y Mantenimiento para propietarios										
Página:	Archivo 7   Manual 8										
2. Seguros para el paciente y personal de enfermería.	<p>2.- Seguros para el paciente y personal de enfermería.</p> <table border="1"> <tr><td>Marca:</td><td>WINCO</td></tr> <tr><td>Modelo:</td><td>653</td></tr> <tr><td>Referencia:</td><td>Manual de Operación y Mantenimiento para propietarios</td></tr> <tr><td>Página:</td><td>Archivo 3, 6   Manual 4, 7</td></tr> </table>	Marca:	WINCO	Modelo:	653	Referencia:	Manual de Operación y Mantenimiento para propietarios	Página:	Archivo 3, 6   Manual 4, 7		
Marca:	WINCO										
Modelo:	653										
Referencia:	Manual de Operación y Mantenimiento para propietarios										
Página:	Archivo 3, 6   Manual 4, 7										
3. Vida media promedio de uso de un año	<p>3.- Vida media promedio de uso de un año</p> <table border="1"> <tr><td>Marca:</td><td>WINCO</td></tr> <tr><td>Modelo:</td><td>653</td></tr> <tr><td>Referencia:</td><td>Manual de Operación y Mantenimiento para propietarios</td></tr> <tr><td>Página:</td><td>Archivo 18   Manual 19</td></tr> </table>	Marca:	WINCO	Modelo:	653	Referencia:	Manual de Operación y Mantenimiento para propietarios	Página:	Archivo 18   Manual 19		
Marca:	WINCO										
Modelo:	653										
Referencia:	Manual de Operación y Mantenimiento para propietarios										
Página:	Archivo 18   Manual 19										
4. De fácil limpieza	<p>4.- De fácil limpieza.</p> <table border="1"> <tr><td>Marca:</td><td>WINCO</td></tr> <tr><td>Modelo:</td><td>653</td></tr> </table>	Marca:	WINCO	Modelo:	653						
Marca:	WINCO										
Modelo:	653										





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00



	<p>Referencia: Manual de Operación y Mantenimiento para propietarios</p> <p>Página: Archivo 10   Manual 11</p>								
<p>5. Ergonómicamente diseñado que permita el trendelemburg por cada máquina.</p>	<p>5.- Ergonómicamente diseñado que permita el trendelemburg por cada máquina.</p> <table border="1" data-bbox="630 527 1265 737"> <tr> <td>Marca:</td> <td>WINCO</td> </tr> <tr> <td>Modelo:</td> <td>653</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Operación y Mantenimiento para propietarios // Folleto Winco Care Cliner</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 7   Manual 8 // 1</td> </tr> </table>	Marca:	WINCO	Modelo:	653	Referencia:	Manual de Operación y Mantenimiento para propietarios // Folleto Winco Care Cliner	Página:	Archivo 7   Manual 8 // 1
Marca:	WINCO								
Modelo:	653								
Referencia:	Manual de Operación y Mantenimiento para propietarios // Folleto Winco Care Cliner								
Página:	Archivo 7   Manual 8 // 1								
<p>6. Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados.</p>	<p>6.- Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados.</p> <table border="1" data-bbox="630 789 1265 999"> <tr> <td>Marca:</td> <td>WINCO</td> </tr> <tr> <td>Modelo:</td> <td>653</td> </tr> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Operación y Mantenimiento para propietarios // Folleto Winco Care Cliner</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>Archivo 9   Manual 10 // 1, 2</td> </tr> </table>	Marca:	WINCO	Modelo:	653	Referencia:	Manual de Operación y Mantenimiento para propietarios // Folleto Winco Care Cliner	Página:	Archivo 9   Manual 10 // 1, 2
Marca:	WINCO								
Modelo:	653								
Referencia:	Manual de Operación y Mantenimiento para propietarios // Folleto Winco Care Cliner								
Página:	Archivo 9   Manual 10 // 1, 2								

Atentamente

CAROLINA BONILLA ELVIRA  
APODERADO LEGAL  
PROAGE MANAGEMENT S.C.

COE





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

**T3 Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas**

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

P=Ponderación: Requisito (I) Indispensable; (O) Opcional

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

Se considera solvente cuando acredita el 100% de los Requisitos Indispensables

Licitante:	Nombre Unidad Subrogado:	Fecha de la visita:
------------	--------------------------	---------------------

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

Cuenta con:	
Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General	No Certificado

Unidad de Hemodiálisis	Total m <sup>2</sup>	Se ubica dentro de un Hospital	
		Si	No
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)			
	Total 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
	Tipo y Número	Localidad		Máximo	936 sesiones mínimo por máquina
Total:					

*CBE*







GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
<b>1</b>	<b>Instalaciones físicas</b>				
1.1	Área de recepción (ubicada a la entrada de la unidad con fácil acceso)	I			
1.2	Sala de espera	I			
1.3	Sanitarios	I			
1.4	Almacén	I			
1.5	Cuarto séptico con material para recoger excretas.	I			
1.6	Consultorio médico	I			
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.	O			
1.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Cuentan con recipientes rojos rígidos herméticos para residuos peligrosos punzo cortantes, en su caso con bolsas de color rojo y/o amarillo translúcido.</li> <li>• Que los botes para basura municipal cuenten con bolsas y no se encuentren en ellos residuos peligrosos biológicos infecciosos.</li> </ul>	I			
1.9	Rampas de acceso a la unidad para pacientes con capacidades diferentes, las cuales cuentan con pasamanos.	O			
1.10	Los pasillos y áreas comunes cuentan con los señalamientos necesarios para la adecuada circulación.	O			
1.11	Existe una adecuada distribución y separación de los lugares para efectuar la hemodiálisis y facilitar la vigilancia de la central de enfermería.	I			
1.12	El establecimiento de atención médica cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y está ubicada en lugares visibles al público.	O			
<b>2</b>	<b>Área de tratamiento dialítico por cada estación- paciente (Unidad)</b>				
2.1	Riñón artificial	I			
2.2	El área mínima para una máquina y sillón clínico será de 3.0 m <sup>2</sup> por estación	I			
2.3	Existe un área independiente para pacientes que requieren técnica de aislamiento.	I			
2.4	Cuenta con central(es) de enfermería con visibilidad de los pacientes	I			
2.5	Tomas o tanque portátil de oxígeno con los accesorios necesarios para su utilización ( puntas nasales, mascarillas)	I			
2.6	Toma de aire o aspirador portátil con los accesorios para su utilización( cánula para aspiración)	I			
2.7	Cuenta con material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter y fistula	I			
2.8	Sillón Clínico para hemodiálisis	I			
<b>3</b>	<b>Área de lavado y Esterilización</b>				
3.1	Área de lavado y desinfección de material de curación.	O			
3.2	Si el establecimiento de atención médica de hemodiálisis es independiente del hospital debe contar con equipo esterilización, siempre y cuando no se utilice en su totalidad material desechable.	O			
<b>4</b>	<b>Área de tratamiento de agua para hemodiálisis</b>				
4.1	Cisterna con capacidad suficiente para el tamaño del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.	I			
4.2	Bombas de impulsión	I			
4.3	Filtros de sedimentación.	I			
4.4	Filtros ablandadores.	I			
4.5	Filtros de carbón activado (2 en línea).	I			
4.6	Ósmosis inversa.	I			
4.7	Filtros de polisulfona o de poliamida después de la ósmosis.	I			
4.8	Tanque de almacenamiento con características especiales para el establecimiento de atención médica de hemodiálisis.	I			

CBE





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
4.9	Red de distribución con llaves para toma de muestras.	I			
<b>5</b>	<b>Servicios Auxiliares</b>				
5.1	Planta eléctrica de emergencia con capacidad para el abastecimiento de la unidad.	I			
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 4.1.4 Ambulancia de urgencias básicas	I			
5.3	Contrato de prestación de servicio de laboratorio vigente.	I			
<b>6</b>	<b>Manuales y Registros</b>				
6.1	Resultados anual del análisis químico de la calidad del agua.	I			
6.2	Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua.	I			
6.3	Manual de procedimientos técnicos del servicio de hemodiálisis	I			
6.4	Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería	O			
6.5	Manual de operación de la máquina de hemodiálisis (en español).	I			
6.6	Manual de operación de la planta de tratamiento de agua.(en español)	I			
6.7	Archivo Clínico	O			
6.8	En el expediente se archivan las cartas de consentimiento informado	O			
6.9	El expediente se resguarda durante mínimo 5 años	O			
<b>7</b>	<b>Mantenimiento preventivo y correctivo</b>				
7.1	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de las máquinas de hemodiálisis.	I			
7.2	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta de tratamiento de agua.	I			
7.3	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico.	I			
7.4	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta eléctrica de emergencia.	I			
7.5	El personal encargado del mantenimiento cuenta con capacitación específica	I			
7.6	Existe un servicio de Ingeniería Biomédica propio o subrogado, responsable del mantenimiento del equipo	O			
7.7	Existe un plan por escrito para el mantenimiento preventivo del equipo.	I			
<b>8</b>	<b>Equipamiento de la unidad de hemodiálisis</b>				
8.1	Carro rojo con monitor y desfibrilador.	I			
8.2	Electrocardiógrafo	I			
8.3	Báscula	I			
8.4	Silla de ruedas	I			
8.5	Carro de curaciones	I			
8.6	Camilla con barandales	I			
<b>9</b>	<b>Área de consulta médica/Sala de procedimientos para las unidades que no se encuentren dentro de un hospital.</b>				
9.1	Mesa de exploración	I			
9.2	Báscula	I			
9.3	Esfigmomanómetro.	I			
9.4	Estetoscopio	I			
9.5	Negatoscopio	O			
9.6	Carro de curaciones	I			
9.7	Tripiés rodables	O			
9.8	Bancos	O			
9.9	Bancos de altura	O			
9.10	Estuche de diagnóstico	O			
<b>10</b>	<b>Recursos Humanos</b>				
10.1	Certificado de especialización y cédula profesional del personal médico nefrólogo	I			
10.2	Copia títulos o certificados del personal de enfermería.	I			
10.3	Constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses.	I			
10.4	Existe un rol de turnos de los médicos y un registro de su cumplimiento.	O			
10.5	Se cumple con las cantidades planeadas por el establecimiento, de personal de enfermería.	I			
<b>11</b>	<b>Insumos</b>				
11.1	Se tiene un inventario definido para cubrir las necesidades de insumos del establecimiento	O			

OK





GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
11.2	Se cumple con el inventario mínimo establecido	O			
11.3	Se tiene un botiquín para los casos de urgencias y las necesidades más comunes.	I			
12	<b>Comités</b>				
12.1	Se cuenta con un Comité y registro de infecciones dentro del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.	O			
<b>POR EL INSTITUTO</b>		<b>POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA</b>			
<b>JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS O DIRECTOR DE UMAE</b>		<b>NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS</b>			
<b>VERIFICADOR POR EL INSTITUTO</b>		<b>PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS</b>			
<b>NOMBRE Y FIRMA</b>					

UAE





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

**T4 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 (DELEGACIÓN) / UMAE	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	Cumple		Instrucciones para el supervisor	Observaciones
		Si	No		
1	Registro nominal de pacientes en hemodiálisis subrogados con: acceso vascular temporal o acceso vascular definitivo.			Documento que observa el registro de pacientes subrogados, pacientes con acceso vascular temporal y acceso vascular definitivo.	
2	Periodicidad de las sesiones de hemodiálisis.			Verificar evidencias documentales del número de sesiones realizadas por paciente, prescritas por el médico IMSS.	
3	Duración de las sesiones de hemodiálisis.			Verificar evidencias documentales del tiempo de duración de las sesiones realizadas por paciente, prescritas por el médico IMSS.	
4	Resultado anual del análisis químico de la calidad del agua			Validar el resultado de la prueba química de la calidad del agua.	
5	Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua, de la planta de tratamiento y máquinas de hemodiálisis.			Validar el resultado de las pruebas bacteriológicas de la calidad del agua.	
6	Sanitización del sistema de agua tratada.			Documento que exhibe el registro de sanitizaciones realizadas al sistema de tratamiento de agua para hemodiálisis y debe contener la fecha, nombre y firma de quien lo efectuó.	
7	Copia de certificado de especialización, cédula profesional del médico nefrólogo responsable de la unidad			Verificar copia de certificado de especialización y cédula profesional del médico nefrólogo responsable de la unidad del médico nefrólogo.	
8	Copia de títulos o certificados que comprueben estudios de enfermería.			Verificar copia de títulos o certificados que comprueben estudios de enfermería.	
9	Existe por lo menos un médico por turno.			Verificar documento de rol de médicos.	
10	Constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses del personal de enfermería.			Documento que demuestre la constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses.	
11	Registro de tratamientos suspendidos y sus causas.			Validar registro de tratamientos suspendidos y sus causas.	
12	Registro de pacientes según tipo de serología positiva			Validar registro de pacientes según tipo de serología positiva	
13	Registro de pacientes con seroconversión			Validar registro de pacientes con seroconversión	
14	Cumplimiento de lavado de manos por parte del personal de enfermería.			Documento que demuestre capacitación en el lavado de manos	
15	Al ingreso al tratamiento de hemodiálisis, los pacientes deberán ingresar con indumentaria limpia, sin objetos que ocasionen contaminación durante la sesión de hemodiálisis			Verificar al ingreso de los pacientes al área gris del tratamiento de hemodiálisis no traiga objetos que pudieran contaminar durante el proceso del tratamiento.	

POR EL INSTITUTO

NOMBRE Y FIRMA  
JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS /  
DIRECTOR DE UMAE

VERIFICADOR POR EL INSTITUTO

NOMBRE Y FIRMA

POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA

NOMBRE Y FIRMA  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

NOMBRE Y FIRMA

OK







GOBIERNO DE MEXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

T5 Calendario para entrega de las pruebas de la calidad del agua de hemodiálisis subrogada

DELEGACIÓN/UMAE: \_\_\_\_\_

1

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_

2

PROVEEDOR: \_\_\_\_\_

3

NÚMERO DE CONTRATO: \_\_\_\_\_

4

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				

NOMBRE Y FIRMA ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR

ANEXO T5 (T-cinco) Instructivo de llenado.

- Anotar la Delegación o UMAE que corresponda.
- Anotar la Unidad Médica que corresponda.
- Anotar el nombre del proveedor que corresponda.
- Anotar el número de contrato que corresponda.
- Anotar el año al que se refiere.
- Anotar la fecha de las pruebas biológicas que acuerde el administrador del contrato con el proveedor.
- Anotar si cumple con los parámetros establecidos en la norma 003-SSA3-2010 para la práctica de hemodiálisis.
- Anotar la fecha de las pruebas químicas que acuerde el administrador del contrato con el proveedor.
- Anotar si cumple con los parámetros establecidos en la norma 003-SSA3-2010 para la práctica de hemodiálisis.

Handwritten signature and initials in the bottom right corner.





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

T6 Calendario para entrega mensual de catéteres

DELEGACIÓN/UMAE: \_\_\_\_\_

1

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_

2

PROVEEDOR: \_\_\_\_\_

3

NÚMERO DE CONTRATO: \_\_\_\_\_

4

Ingresos del mes previo \_\_\_\_\_

5

Catéter Temporal \_\_\_\_\_

6

Catéter Permanente \_\_\_\_\_

7

Injerto Vascular \_\_\_\_\_

8

Total de entrega \_\_\_\_\_

9

Nota: Se entregarán el mismo número de Catéteres Temporales o Permanentes con respecto al número de ingresos del mes previo más uno.

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

10

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR

**ANEXO T6 (T-seis)**  
**Instructivo de llenado.**

- Anotar la Delegación o UMAE que corresponda.
- Anotar la Unidad Médica que corresponda.
- Anotar el nombre del proveedor que corresponda.
- Anotar el número de contrato que corresponda.
- Anotar el número de pacientes que ingresaron en el mes previo al programa de hemodiálisis interna.
- Anotar el número de catéteres temporales entregados a la unidad médica.
- Anotar el número de catéteres permanentes entregados a la unidad médica.
- Anotar el número de injertos vasculares entregados a la unidad médica.
- Anotar la suma de los catéteres temporales más los catéteres permanentes más los injertos vasculares entregados a la unidad médica.
- 10. Anotar la fecha de entrega de los accesos vasculares a la unidad





GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

ANEXO T.7  
Tabla cifras de control de registro nominal hemodiálisis subrogado

Proveedor	Del	Delegación	Tipo	Número	CLV/ PRES	No. Contrato	Importe Mensual Ejercido	Realizado	Modalidad	Mes	Año
(Nombre del Proveedor)	(Número de la Delegación)	(Nombre de la Delegación)	(Tipo de la Unidad Médica. Referencia Catálogo de Procedimientos)	(Número de la Unidad Médica)	(Clave presupuestal de la Unidad Médica o UMAE)	(Número de Contrato)	(Importe Mensual de las Sesiones realizadas)	(Número de Sesiones Realizadas)	(Hemodiálisis Interna)	(Del 26 al 25 de cada mes)	(Año)

\*\*El presente dato es solamente de ejemplo

*Handwritten signature*





GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

**ANEXO T8**  
**DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS**  
**UNIDADES A LAS QUE SE LES PRESTARÁ EL SERVICIO**

Hospital General Zona 06	Lada
Dr. Deigadillo Araujo No.60,	Directo
Col. Florida. C.P. 47820,	Conmutador
Ocotlán , Jalisco	Extensión

Hospital General Zona 20	Lada
C. Jaime Llamas No.5	Directo
Col. Puerta de la Costa. C.P. 48900	Conmutador
Autlán , Jalisco	Extensión

*COE*





T9 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)	
		DIA		MES	
				AÑO	
UNIDAD MÉDICA (4)		PACIENTE (5)			
CLAVE PRESUPUESTAL:		NOMBRE:			
TIPO Y NÚMERO:		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
LOCALIDAD:		No. DE SEGURIDAD SOCIAL			
		AGREGADO			
SERVICIO QUE DERIVA (6)		CURP:			
NOMBRE:		NOMBRE DEL SEGURO QUE SE AFECTA (5)			
DIRECCIÓN:		RT <input type="checkbox"/> EG <input type="checkbox"/> MAT <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> PEND <input type="checkbox"/> Spf AM <input type="checkbox"/>			
TIPO DE SERVICIO:		TIPO DE SUBROGACIÓN (10)			
		ÚNICA <input type="checkbox"/> MULTIPLE <input type="checkbox"/> FUNDIENALISIS SUBROGADA <input type="checkbox"/>			
ORDINARIO: <input type="checkbox"/> (7)		VIGENCIA DE DERECHOS (11)			
URGENCIA: <input type="checkbox"/>					
MOTIVO DE SUBROGACIÓN:					
CS <input type="checkbox"/> FP <input type="checkbox"/>					
FE <input type="checkbox"/> FI <input type="checkbox"/>					
DIAGNOSTICO(S) Y RESUMEN CLÍNICO (12)					
(Empty grid for diagnosis and clinical summary)					
TIPO DE ATENCIÓN (13)					
CONSULTA MEDICINA FAMILIAR: <input type="checkbox"/>		CONSULTA ESPECIALIDADES <input type="checkbox"/>		CONSULTA DENTAL <input type="checkbox"/>	
HOSPITALIZACIÓN MÉDICA <input type="checkbox"/>		HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA <input type="checkbox"/>		MATERNO INFANTIL <input type="checkbox"/>	
AUX DE DX EN LABORATORIO <input type="checkbox"/>		AUX DE DX EN GABINETE <input type="checkbox"/>		AUX DE TRATAMIENTO <input type="checkbox"/>	
SERVICIO(S) A SUBROGAR (14)					
CANTIDAD		(Empty grid for service quantity)			
PROVEEDOR (15)					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		VIGENCIA DEL:		RFC:	
DOMICILIO:				TEL:	
CONTRATO No.				AL:	
LABORO (16)		Vd. Bg. JEF. DE SERVICIO (17)		AUT. DIRECTOR UNIDAD (18)	
NOMBRE:					
MATRÍCULA:					
FIRMA					
CONCORDANCIA DE QUE EL SERVICIO ES RECORRIDO (19)					
NOMBRE:		PACIENTE: <input type="checkbox"/> FAMILIAR: <input type="checkbox"/> RESPONSABLE: <input type="checkbox"/>		PARENTESCO	
DIRECCIÓN:				TEL:	
FIRMA:					
FECHA:					

OK





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03)  
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No. DATO ANOTAR

**1 Delegación y UMAE** El nombre de la Delegación o UMAE de las cuales depende la unidad médica.

**2 Folio** El número consecutivo que corresponda, estructurados de seis dígitos; de izquierda a derecha, los cuatro primeros serán continuos utilizando ceros a la izquierda para no dejar espacios en blanco, los dos siguientes serán los dos últimos dígitos de la terminación del año respectivo. Su corte será por año natural.

**NOTA:** Deberá procurarse sea pre impreso. El dato servirá a la Dirección de la Unidad para el control diario de las solicitudes que se expidan y su correlación con la estadística mensual que se genere con base en los servicios médicos subrogados pagados.

**3 Fecha** Con números arábigos el día, mes y año en que se solicita el servicio. Si el dato es de un dígito, anteponer un 0. Para referir el año, invariablemente se utilizarán cuatro dígitos. (Ejem. 08-02-2002).

**4 Unidad Médica** La clave presupuestal, el tipo, número y su localidad. (Ejem. UMF 4, San Mateo del Mar, Oax.).

**5 Paciente** Los datos que identifican a la o el paciente como son: apellido paterno, materno y el o los nombres, sexo y número de seguridad social con su agregado y su CURP.

**6 Servicio que deriva** El nombre del departamento donde se genera la solicitud del Servicio/ Departamentos (consulta externa de medicina familiar o especialidad, urgencias, cirugía, medicina interna, pediatría o ginecología y obstetricia y en su caso, la sub especialidad).

**7 Tipo de servicio** Con una X ordinario o urgente, de acuerdo a la oportunidad con la que determine la o el médico tratante debe recibir el servicio la o el paciente.

**8 Motivo de subrogación** CS: carencia del servicio, FP: falta de personal, FE: falta de equipo o equipo descompuesto, FI: falta de insumos.

**9 Ramo de seguro que se afecta** Con una X el recuadro que corresponda, apoyándose de los medios propicios para su adecuada identificación, inclusive con interrogatorio a la o el paciente o su acompañante. (RT: riesgo de trabajo; EG: enfermedad general MAT: maternidad; IV: invalidez y vida; PEN: pensionado; SpFAM: seguro de salud para la familia).

**10 Tipo de subrogación** Con una X el recuadro que corresponda según sea el caso, única si el servicio subrogado se otorga por única ocasión, múltiple cuando el servicio se otorga por más de una ocasión o Hemodiálisis Subrogada cuando la o el paciente es enviado a este programa.

**11 Vigencia de derechos** La certificación que hace el área de control de prestaciones antes del visto bueno de la o el Jefe de Servicio o Jefe de Departamento Clínico.

**12 Diagnóstico y Resumen clínico** El nombre de los procedimientos o los diagnósticos de certeza o presuncional, y todos aquellos signos o síntomas que sustenten la solicitud del servicio, los cuales serán evaluados y sancionados en su oportunidad por la o el Jefe de Departamento Clínico y/o la o el Director o encargado de la unidad médica.

**13 Grupo a subrogar** Con una X en el grupo a subrogar que corresponda el estudio a practicar ejemplo: Tomografía pertenece a Auxiliares de Diagnostico Gabinete.

**14 Servicio (s) a subrogar** La cantidad y el tipo de servicio que se requiere practicar a la o el paciente para su atención.

**15 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.

BCL





GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

**T9 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 tratados en medios hospitalarios, 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 púerperas o embarazadas	Las mujeres púerperas 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.
<b>Ministración de medicamentos</b>	
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 Positivos	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.
<b>Observación</b>	
<b>Propuesta de mejora</b>	
Reprocesamiento de dializadores	El proveedor del servicio de hemodiálisis podrá hacer reprocesamiento de dializadores siempre y cuando sea de manera automatizada, en apego a lo establecido en la NOM para hemodiálisis y en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud en materia de equipamiento en lo correspondiente a la descripción del dispositivo de reprocesamiento de los dializadores.
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 púerperas o embarazadas	Las mujeres púerperas o embarazadas estables hemodinámicamente deberán ser incluidas para recibir el tratamiento de hemodiálisis ajustado 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 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 4-30-02/3, 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 año; y el formato deberá ser actualizado cada año.

CA







GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

<p>En relación a la atención de pacientes en día domingo</p>	<p>La unidad de hemodiálisis subrogada deberá garantizar la seguridad del paciente mediante la sanitización, desinfección, mantenimiento preventivo y correctivo, para lo cual destinará un día de la semana para realizarlo.</p>
<p>El licitante adjudicado garantizará la continuidad del tratamiento a los pacientes que cursen con infección por COVID-19, en ninguno de los casos deberá suspender la sesión de hemodiálisis. Por lo que deberá implementar estrategias que permitan establecer las medidas de prevención necesarias para evitar la propagación del virus (cambios de horario, último turno, turno COVID)</p>	<p>El personal médico y paramédico durante la atención del paciente deberán portar equipo de protección personal (bata desechable, cubrebocas, lentes protectores y careta). Para evitar la transmisión del virus COVID-19, el médico responsable de la unidad de hemodiálisis implementará una área de triage previo al ingreso del paciente a la sesión, en donde determina el envío al servicio de urgencias médicas del hospital correspondiente y de informar al servicio de epidemiología para seguimiento del caso. En la sala de espera podrán permanecer los familiares de los pacientes que requieren de apoyo, siempre respetando las medidas de distanciamiento. Trazar rutas de entrada y salida de pacientes con la finalidad de evitar aglomeraciones con los pacientes en los cambios de turno.</p>

108







### Anexo T 10 Relación de Asistencia de Pacientes en Hemodiálisis Subrogada

Nombre o Razón Social del Proveedor		Domicilio de la Unidad Subrogada y Teléfono	
Unidad Médica del IMSS que envía al Paciente:		OOAD/UMAE:	
Nombre del Paciente:			
Identificación del Paciente por parte del Proveedor (solo si se tiene):			
No. de Seguridad Social con Agregado:			
Días de Sesión de Hemodiálisis: <small>(Marcar con una "X")</small>		No. de Máquina de Hemodiálisis asignada:	

L M M J V S D

#### Procedimientos de Hemodiálisis Recibidos

No.	Fecha	Nombre Completo del Paciente	Firma	Nombre y Firma del Familiar <small>(Sólo en caso de que el paciente no pueda firmar)</small>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

*OK*





Gobierno de México



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

TI 1 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 INTEGRAL 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.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO

Table with 3 columns: No., DATO, ANOTAR. It lists 5 items for data entry: 1. Convocante o Área Adquiriente, 2. Nombre, 3. Nombre o razón social del licitante, 4. Lugar y Fecha, 5. Nombre y Firma.

Handwritten signature and circular stamp at the bottom right of the page.





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

TI 2 Designación de Sistema y Empresa

[HOJA MEMBRETADA POR EL PROVEEDOR 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

PRESENTE.

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 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]

026





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

### TI 3 Acuerdo de Confidencialidad

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:

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.

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.

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

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

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:

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.

*Handwritten signature and initials*







GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

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].

<p><b>[Nombre del Representante legal del Proveedor Adjudicado con facultades de Administración o de Dominio]</b></p>	<p><b>[Nombre y firma del Administrador del Contrato en el IMSS]</b></p>
---	--

086





GOBIERNO DE  
MÉXICO



CONTRATO NUMERO

050GYR002T08824-001-00

TI 4 Designación de Contrato responsable  
[HOJA MEMBRETADA POR EL PROVEEDOR 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 AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN] a nombre de mi representada [NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO] me permito por medio del presente dar a conocer los datos de contacto de la persona(s) responsable(s) de establecer comunicación entre el Instituto y nuestra representada para todo lo referente al Sistema de Información, de acuerdo al Anexo T13 (TI TRES), los cuales se detallan a continuación:

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

Lo anterior para dar cumplimiento con lo requerido en el contrato [NUMERO DE CONTRATO VIGENTE ENTRE EL PROVEEDOR Y EL INSTITUTO] de fecha [LA FECHA DEL CONTRATO] como prestación del Servicio Integral de Hemodiálisis Subrogada, del Instituto Mexicano del Seguro Social de la delegación [DELEGACIÓN O UNIDAD MÉDICA].

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos.

ATENTAMENTE

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

UBS

