



EVALUACIÓN TÉCNICA

ADJUDICACIÓN DIRECTA BAJO LA COBERTURA DEL AA-50-GYR-050GYR002-T-133-2024
CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS EXTERNA PARA EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 21 DEL 17 - 30 DE JUNIO DEL 2024.

Fecha: 31 Mayo 2024

Table with 3 columns: NO., NOMBRE, RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL LICITANTE, PARTIDA. Row 1: 1, CARINT, S. A. DE C. V., HGZ 21 TEPATITLAN

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

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA:

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

Handwritten signatures of the officials.





EVALUACION TECNICA HEMODIALISIS EXTERNA 2024					
PARTIDA	TEPATITLAN	OOAD	JALISCO		
LICITANTE:	CARINT, S. A. DE C. V.	FECHA:	31/05/2024		
DESCRIPCION	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACION	
Anexo T2 ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS	CUMPLE				
A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS					
B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES),	CUMPLE				
C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO,	CUMPLE				
D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,	CUMPLE				
E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO	CUMPLE				
Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente.	CUMPLE				



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

Main table with 5 rows of criteria and status (all marked as CUMPLE)

Handwritten signatures and initials





• Registros Sanitarios de los equipos y de los bienes de consumo requeridos para la prestación del servicio, a excepción de aquellos que no requieran Registro Sanitario, de acuerdo con la COFEPRIS, conforme a lo establecido en el artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de 5 años), en el que se deberá identificar.	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
• Número de registro, prórroga o modificación.	CUMPLE			
• Titular del registro.	CUMPLE			
• Nombre y domicilio del fabricante.	CUMPLE			
• Indicaciones de uso y/o descripción.	CUMPLE			
• Modelo(s).	CUMPLE			
• Fecha de emisión y de vencimiento.	CUMPLE			
• Nombre, firma autógrafa y cargo del servidor público que la emite.	CUMPLE			
• En caso de que el Registro Sanitario no se encuentre dentro del periodo de vigencia de 5 años, conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, el participante deberá presentar.	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
• Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.	Cumple			
• Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS.	Cumple			
• Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del Titular del Registro Sanitario en donde Bajo Protesta de Decir Verdad, manifieste que el trámite de prórroga del Registro Sanitario, del cual presenta copia, fue sometido en tiempo y forma, y que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga.	Cumple			





Table with 5 columns and 5 rows. The first column contains requirements for hemodialysis units, such as 'Para aquellos casos en el que los equipos y bienes de consumo ofertados...' and 'Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento...'. The second column contains the status 'Cumple' or 'CUMPLE'. The remaining three columns are empty.

Handwritten signature

Handwritten signature





Table with 5 columns and 4 rows. Each row contains a description of a requirement, a status (CUMPLE), and a comment (e.g., 'Se encuentra en proceso').

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.





<p>Escrito donde manifieste que los bienes (equipos y bienes de consumo) que usará para la prestación del servicio no cuentan con alertas médicas tipo I y II que sean reconocidas por organismos internacionales como la FDA y por las OOAD de los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años. En el caso de los equipos que hayan presentado alerta médica el licitante deberá adjuntar a este escrito el alta o resolución de la misma.</p>	<p>CUMPLE</p>			
<p>Mapa de Ubicación de la Unidad Subrogada de Hemodiálisis. En plataforma electrónica de Google Maps: en el que se indique claramente que la unidad de hemodiálisis subrogada ofertada se encuentra dentro del radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que prestará los servicios. Para los casos de las OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México Sur (D.F. Sur) y Ciudad de México Norte (D.F. Norte), la distancia a demostrar deberá ser dentro del radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que se prestará el servicio.</p>	<p>CUMPLE</p>			

CONSERVACIÓN / PROTECCIÓN CIVIL	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
<p>Evaluación de Conformidad de Cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, en los términos que establece la secretaria de trabajo y Previsión Social.</p>	<p>CUMPLE</p>			

[Handwritten signatures]



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



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

<p>Acreditación del Programa Interno de Protección Civil, en los términos establecidos y reglamentados por la autoridad de Protección Civil estatal o municipal, según corresponda por la ubicación geográfica del inmueble.</p>	<p>CUMPLE</p>			
--	----------------------	--	--	--

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

OBSERVACIONES: En proceso de certificación.

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

Validó

Dra. Sandra Judith  Arzquez Avelar

Encargada de Coordinación de prevención y atención a la salud.

Revisó

Dra. Laura Isela Mayo Rangel.

Encargada de la Coordinación auxiliar del segundo nivel 





EVALUACIÓN TÉCNICA

ADJUDICACIÓN DIRECTA BAJO LA COBERTURA DEL AA-50-GYR-050GYR002-T-133-2024
CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS EXTERNA PARA EL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 42
DEL 17 - 30 DE JUNIO DEL 2024.

Fecha: 31 mayo 2024

NO.	NOMBRE, RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL LICITANTE	PARTIDA
1	HSO, S. DE R.L. DE C.V.	HGZ 42

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

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA:

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



GOBIERNO DE
MÉXICO



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

EVALUACION TECNICA HEMODIALISIS EXTERNA 2024					
PARTIDA	HGZ 42	OOAD	JALISCO		
LICITANTE:	HSO, S. DE R.L. DE C.V.	FECHA:	31/05/2024		
DESCRIPCION	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACION	
Anexo T2 ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS	CUMPLE				
A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS					
B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES),	CUMPLE				
C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO,	CUMPLE				
D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,	CUMPLE				
E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO	CUMPLE				
Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente.	CUMPLE				

Av. Belisario Domínguez No. 1000, Col. Independencia, C. P. 44340, Ciudad Guadalajara
Tel. (33) 36683000, Ext. 32123. www.imss.gob.mx





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

Main table with 5 rows and 5 columns. All 'PRESENTA O CUMPLE' cells contain the word 'CUMPLE'. The 'DESCRIPCION' column contains five bullet points regarding technical manuals, contracts, and equipment for hemodialysis services.

Handwritten signatures and initials in the bottom right area of the page.





Table with 5 columns: Description, PRESENTA O CUMPLE, NO PRESENTA O NO CUMPLE, NO APLICA, OBSERVACION. Rows include items like 'Registros Sanitarios de los equipos y de los bienes de consumo requeridos para la prestación del servicio...', 'Número de registro, prórroga o modificación.', 'Titular del registro.', 'Nombre y domicilio del fabricante.', 'Indicaciones de uso y/o descripción.', 'Fecha de emisión y de vencimiento.', 'Nombre, firma autógrafa y cargo del servidor público que la emite.', 'Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.', 'Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS.', 'Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del Titular del Registro Sanitario...'

Handwritten signatures and initials





Table with 5 columns and 5 rows. The first column contains requirements for hemodialysis units. The second column contains the status 'Cumple' or 'CUMPLE'. The other three columns are empty.

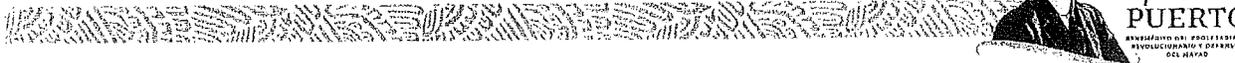




Table with 5 columns and 4 rows. The first column contains detailed requirements for medical equipment certification. The second column contains the status 'CUMPLE' for all rows. The third, fourth, and fifth columns are empty, except for the third row which contains the text 'Se encuentra en proceso.' in the fifth column.

Handwritten signature

Handwritten signature 'Saw'





<p>Escrito donde manifieste que los bienes (equipos y bienes de consumo) que usará para la prestación del servicio no cuentan con alertas médicas tipo I y II que sean reconocidas por organismos internacionales como la FDA y por las OOAD de los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años. En el caso de los equipos que hayan presentado alerta médica el licitante deberá adjuntar a este escrito el alta o resolución de la misma.</p>	<p>CUMPLE</p>			
<p>Mapa de Ubicación de la Unidad Subrogada de Hemodiálisis. En plataforma electrónica de Google Maps: en el que se indique claramente que la unidad de hemodiálisis subrogada ofertada se encuentra dentro del radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que prestará los servicios. Para los casos de las OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México Sur (D.F. Sur) y Ciudad de México Norte (D.F. Norte), la distancia a demostrar deberá ser dentro del radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que se prestará el servicio.</p>	<p>CUMPLE</p>			

CONSERVACIÓN / PROTECCIÓN CIVIL	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
<p>Evaluación de Conformidad de Cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, en los términos que establece la secretaria de trabajo y Previsión Social.</p>	<p>CUMPLE</p>			

[Handwritten signatures]





**GOBIERNO DE
MÉXICO**



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

<p>Acreditación del Programa Interno de Protección Civil, en los términos establecidos y reglamentados por la autoridad de Protección Civil estatal o municipal, según corresponda por la ubicación geográfica del inmueble.</p>	<p>CUMPLE</p>			
--	----------------------	--	--	--

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

OBSERVACIONES: En proceso de certificación, con aviso de funcionamiento.

EL PROVEEDOR HSO, S. DE R.L. DE C.V. CUMPLE CON LOS TERMINOS Y CONDICIONES SOLICITADOS EN LA CONVOCATORIA

Validó

Dra. Sandra Judith Vázquez Avelar
Encargada de Coordinación de prevención y atención a la salud.

Revisó

Dra. Laura Isela Mayo Rangel.
Encargada de la Coordinación auxiliar del segundo nivel



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



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

EVALUACIÓN TÉCNICA

ADJUDICACIÓN DIRECTA BAJO LA COBERTURA DEL AA-50-GYR-050GYR002-T-133-2024
CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS EXTERNA PARA EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 09,14,26,89 HGR 110 y 180 DEL 17 - 30 DE JUNIO DEL 2024.

Fecha: 31 Mayo 2024

NO.	NOMBRE, RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL LICITANTE	PARTIDA
1	IGEIA Medical Devices, S.A. de C.V.	HGZ 09 CD. Guzman HGZ 14 Guadalajara HGZ 26 Tala HGZ 89 Guadalajara HGR 110 Guadalajara HGR 180 Tlajomulco

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

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA:

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



EVALUACION TECNICA HEMODIALISIS EXTERNA 2024					
PARTIDA	HGZ 09 CD. Guzman HGZ 14 Guadalajara HGZ 26 Tala HGZ 89 Guadalajara HGR 110 Guadalajara HGR 180 Tlajomulco	OOAD	JALISCO		
LICITANTE:	IGEIA Medical Devices, S.A. de C.V.	FECHA:	31/05/2024		
DESCRIPCION		PRESENT A O CUMPLE	NO PRESENT A O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACION
Anexo T2 ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS		CUMPLE			
A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS					
B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES),		CUMPLE			
C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO,		CUMPLE			
D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,		CUMPLE			
E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO		CUMPLE			
Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente.		CUMPLE			



Table with 5 columns: DESCRIPCION, PRESENTA O CUMPLE, NO PRESENTA O NO CUMPLE, NO APLICA, OBSERVACION. Contains 5 rows of technical procedure descriptions, all marked as 'CUMPLE'.



Handwritten signature



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

Handwritten signatures and initials





<ul style="list-style-type: none"> • Para aquellos casos en el que los equipos y bienes de consumo ofertados, de origen Nacional o Internacional, y el participante advierta que no requiere Registro Sanitario, deberá presentar, debidamente referenciado, el "Listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del registro sanitario, y de aquellos productos que por su naturaleza, características propias y uso no se consideran como insumos para la salud y por ende no requieren registro sanitario", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre del 2014, en el que identifique aquellos que oferte. 	<p>Cumple</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis. 	<p>CUMPLE</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de especialización, y cédula profesional del (los) médico(s) nefrólogo(s) que quedará(n) como responsable(s) de la unidad de hemodiálisis que coticen. 	<p>CUMPLE</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Copia de los certificados de especialidad en Nefrología o constancias de haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de 6 meses impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada, para el caso de las enfermeras 	<p>CUMPLE</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo. 	<p>CUMPLE</p>			

Sanf

[Handwritten signature]





Table with 5 columns and 4 rows. The first column contains requirements in Spanish. The second column contains status labels: 'CUMPLE', 'CUMPLE', 'Algunas unidades en proceso.', and 'CUMPLE'. The remaining three columns are empty.

Handwritten signature

Handwritten signature





<p>Escrito donde manifieste que los bienes (equipos y bienes de consumo) que usará para la prestación del servicio no cuentan con alertas médicas tipo I y II que sean reconocidas por organismos internacionales como la FDA y por las OOAD de los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años. En el caso de los equipos que hayan presentado alerta médica el licitante deberá adjuntar a este escrito el alta o resolución de la misma.</p>	<p>CUMPLE</p>			
<p>Mapa de Ubicación de la Unidad Subrogada de Hemodiálisis. En plataforma electrónica de Google Maps: en el que se indique claramente que la unidad de hemodiálisis subrogada ofertada se encuentra dentro del radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que prestará los servicios. Para los casos de las OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México Sur (D.F. Sur) y Ciudad de México Norte (D.F. Norte), la distancia a demostrar deberá ser dentro del radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que se prestará el servicio.</p>	<p>CUMPLE</p>			

CONSERVACIÓN / PROTECCIÓN CIVIL	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
<p>Evaluación de Conformidad de Cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, en los términos que establece la secretaria de trabajo y Previsión Social.</p>	<p>CUMPLE</p>			

Handwritten signatures and initials



Table with 5 columns. The first column contains the accreditation criteria for the Civil Protection Program. The second column contains the word 'CUMPLE'. The other three columns are empty.

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

OBSERVACIONES: La paz con aviso de funcionamiento, en proceso de certificación. Ciudad Guzman con licencia sanitaria, Tala con aviso de funcionamiento.

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

Validó

Dra. Sandra Judith Vazquez Avelar
Encargada de Coordinación de prevención y atención a la salud.

Revisó

Dra. Laura Isela Mayo Rangel.
Encargada de la Coordinación Auxiliar del segundo nivel





EVALUACIÓN TÉCNICA

ADJUDICACIÓN DIRECTA BAJO LA COBERTURA DEL AA-50-GYR-050GYR002-T-133-2024

CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS EXTERNA PARA EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 07 DEL 17 – 30 DE JUNIO DEL 2024.

Fecha: 31 Mayo 2024

NO.	NOMBRE, RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL LICITANTE	PARTIDA
1	Medica Santa Carmen SAPI de CV en participación conjunta con clínica de hemodiálisis Juan Pablo II SC	HGZ 07

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

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA:

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



GOBIERNO DE
MÉXICO



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

EVALUACION TECNICA HEMODIALISIS EXTERNA 2024					
PARTIDA	HGZ 07	OOAD	JALISCO		
LICITANTE:	Medica Santa Carmen SAPI de CV en participación conjunta con clínica de hemodiálisis Juan Pablo II SC	FECHA:	31/05/2024		
DESCRIPCION		PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACION
Anexo T2 ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS		CUMPLE			
A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS					
B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES),		CUMPLE			
C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO,		CUMPLE			
D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,		CUMPLE			
E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO		CUMPLE			
Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente.		CUMPLE			

[Handwritten signatures]





Table with 5 columns: DESCRIPCION, PRESENTA O CUMPLE, NO PRESENTA O NO CUMPLE, NO APLICA, OBSERVACION

Main table with 5 rows and 5 columns containing technical procedure descriptions and compliance status (CUMPLE).

Handwritten signatures and initials in the bottom right area.





Table with 5 columns: Description, PRESENTA O CUMPLE, NO PRESENTA O NO CUMPLE, NO APLICA, OBSERVACION. Rows include items like 'Registros Sanitarios de los equipos y de los bienes de consumo requeridos...', '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...', 'Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.', 'Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario...', 'Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal...'

Handwritten signatures and initials





<ul style="list-style-type: none"> • Para aquellos casos en el que los equipos y bienes de consumo ofertados, de origen Nacional o Internacional, y el participante advierta que no requiere Registro Sanitario, deberá presentar, debidamente referenciado, el "Listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del registro sanitario, y de aquellos productos que por su naturaleza, características propias y uso no se consideran como insumos para la salud y por ende no requieren registro sanitario", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre del 2014, en el que identifique aquellos que oferte. 	<p>Cumple</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis. 	<p>CUMPLE</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de especialización, y cédula profesional del (los) médico(s) nefrólogo(s) que quedará(n) como responsable(s) de la unidad de hemodiálisis que coticen. 	<p>CUMPLE</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Copia de los certificados de especialidad en Nefrología o constancias de haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de 6 meses impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada, para el caso de las enfermeras 	<p>CUMPLE</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo. 	<p>CUMPLE</p>			

Handwritten signature

Handwritten signature





<ul style="list-style-type: none"> • Copia del certificado de buenas prácticas de manufactura, en el idioma del país de origen de los equipos y bienes de consumo ofertados, acompañado de su traducción al español y expedido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen o copia simple del certificado FDA o Comunidad Económica Europea vigente de los equipos y bienes de consumo ofertados. 	CUMPLE			
<ul style="list-style-type: none"> • Copia simple del certificado de libre venta vigente emitido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen, en el que se señale que los equipos y bienes de consumo necesarios para la prestación del servicio pueden ser usados sin restricción de uso en el país de origen, acompañado de traducción simple al español. 	CUMPLE			
<ul style="list-style-type: none"> • Documento emitido por el secretario del Consejo de Salubridad General en el que conste que cada una de la (s) unidad (es) de hemodiálisis subrogada (s) ofertada (s) se encuentra (n) certificada (s) o en proceso de certificación por dicho Consejo, en atención al Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011. 	CUMPLE			Se encuentra en proceso.
<ul style="list-style-type: none"> • Escrito por parte del participante en el que manifieste que cuenta con los equipos necesarios para la prestación del servicio de acuerdo a lo solicitado, los que deberán estar en óptimas condiciones de funcionamiento, cumplir con las especificaciones técnicas establecidas en el Anexo T2 (T-dos), y haber sido ensamblados de manera integral en el país de origen y que los bienes no correspondiente a saldos o remanentes ni ostentan las leyendas "only export" ni "only investigation", se encuentran descontinuados o no se autoriza su uso en el país de origen. 	CUMPLE			





<p>Escrito donde manifieste que los bienes (equipos y bienes de consumo) que usará para la prestación del servicio no cuentan con alertas médicas tipo I y II que sean reconocidas por organismos internacionales como la FDA y por las OOAD de los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años. En el caso de los equipos que hayan presentado alerta médica el licitante deberá adjuntar a este escrito el alta o resolución de la misma.</p>	<p>CUMPLE</p>			
<p>Mapa de Ubicación de la Unidad Subrogada de Hemodiálisis. En plataforma electrónica de Google Maps: en el que se indique claramente que la unidad de hemodiálisis subrogada ofertada se encuentra dentro del radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que prestará los servicios. Para los casos de las OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México Sur (D.F. Sur) y Ciudad de México Norte (D.F. Norte), la distancia a demostrar deberá ser dentro del radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que se prestará el servicio.</p>	<p>CUMPLE</p>			

CONSERVACIÓN / PROTECCIÓN CIVIL	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
<p>Evaluación de Conformidad de Cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, en los términos que establece la secretaria de trabajo y Previsión Social.</p>	<p>CUMPLE</p>			

San

[Handwritten signature]



GOBIERNO DE
MÉXICO



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

<p>Acreditación del Programa Interno de Protección Civil, en los términos establecidos y reglamentados por la autoridad de Protección Civil estatal o municipal, según corresponda por la ubicación geográfica del inmueble.</p>	<p>CUMPLE</p>			
--	----------------------	--	--	--

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

OBSERVACIONES: En proceso de certificación.

EL PROVEEDOR Medica Santa Carmen SAPI de CV en participación conjunta con clínica de hemodiálisis Juan Pablo II SC CUMPLE CON LOS TERMINOS Y CONDICIONES SOLICITADOS EN LA CONVOCATORIA

Validó

Dra. Sandra Judith Vazquez Avelar

Encargada de Coordinación de prevención y atención a la salud.

Revisó

Dra. Laura Isela Mayo Rangel.

Encargada de la Coordinación Auxiliar del segundo nivel





**GOBIERNO DE
MÉXICO**



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

EVALUACIÓN TÉCNICA

<p>ADJUDICACIÓN DIRECTA BAJO LA COBERTURA DEL AA-50-GYR-050GYR002-T-133-2024</p>
<p>CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS EXTERNA PARA EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 45 Y 46. DEL 17 - 30 DE JUNIO DEL 2024.</p>

Fecha: 31 Mayo 2024

NO.	NOMBRE, RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL LICITANTE	PARTIDA
1	PRESEFA S.A. DE C.V.	HGR 45 HGR 46

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

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA:

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

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]





GOBIERNO DE
MÉXICO



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

EVALUACION TECNICA HEMODIALISIS EXTERNA 2024					
PARTIDA	HGR 45 HGR 46	OOAD	JALISCO		
LICITANTE:	PRESEFA S.A. DE C.V.	FECHA:	31/05/2024		
DESCRIPCION	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACION	
<p>Apexo T2 ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS</p> <p>A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS</p>	CUMPLE				
B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES),	CUMPLE				
C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO,	CUMPLE				
D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,	CUMPLE				
E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO	CUMPLE				
Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente.	CUMPLE				





Table with 5 columns: DESCRIPCION, PRESENTA O CUMPLE, NO PRESENTA O NO CUMPLE, NO APLICA, OBSERVACION. It contains five rows of technical manual requirements for hemodialysis, all marked as 'CUMPLE'.

Handwritten signatures and initials in the bottom right area.





	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
• 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.	CUMPLE			
• Titular del registro.	CUMPLE			
• Nombre y domicilio del fabricante.	CUMPLE			
• Indicaciones de uso y/o descripción.	CUMPLE			
• Modelo(s).	CUMPLE			
• Fecha de emisión y de vencimiento.	CUMPLE			
• Nombre, firma autógrafa y cargo del servidor público que la emite.	CUMPLE			
• En caso de que el Registro Sanitario no se encuentre dentro del periodo de vigencia de 5 años, conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, el participante deberá presentar:	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
• Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.	Cumple			
• Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS.	Cumple			
• Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del Titular del Registro Sanitario en donde Bajo Protesta de Decir Verdad, manifieste que el trámite de prórroga del Registro Sanitario, del cual presenta copia, fue sometido en tiempo y forma, y que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga.	Cumple			



Table with 5 columns and 5 rows. The first column contains requirements for equipment, sanitary licenses, medical certificates, and training. The second column contains the status 'Cumple' or 'CUMPLE'. The remaining three columns are empty.

Handwritten signature 'Saw' and a circular stamp with the year '2024'.



Felipe Carrillo
PUERTO
MAYORADO DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO



<ul style="list-style-type: none"> • Copia del certificado de buenas prácticas de manufactura, en el idioma del país de origen de los equipos y bienes de consumo ofertados, acompañado de su traducción al español y expedido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen o copia simple del certificado FDA o Comunidad Económica Europea vigente de los equipos y bienes de consumo ofertados. 	CUMPLE			
<ul style="list-style-type: none"> • Copia simple del certificado de libre venta vigente emitido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen, en el que se señale que los equipos y bienes de consumo necesarios para la prestación del servicio pueden ser usados sin restricción de uso en el país de origen, acompañado de traducción simple al español. 	CUMPLE			
<ul style="list-style-type: none"> • Documento emitido por el secretario del Consejo de Salubridad General en el que conste que cada una de la (s) unidad (es) de hemodiálisis subrogada (s) ofertada (s) se encuentra (n) certificada (s) o en proceso de certificación por dicho Consejo, en atención al Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011. 	CUMPLE			
<ul style="list-style-type: none"> • Escrito por parte del participante en el que manifieste que cuenta con los equipos necesarios para la prestación del servicio de acuerdo a lo solicitado, los que deberán estar en óptimas condiciones de funcionamiento, cumplir con las especificaciones técnicas establecidas en el Anexo T2 (T-dos), y haber sido ensamblados de manera integral en el país de origen y que los bienes no correspondiente a saldos o remanentes ni ostentan las leyendas "only export" ni "only investigation", se encuentran descontinuados o no se autoriza su uso en el país de origen. 	CUMPLE			

Save





**GOBIERNO DE
MÉXICO**



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

<p>Escrito donde manifieste que los bienes (equipos y bienes de consumo) que usará para la prestación del servicio no cuentan con alertas médicas tipo I y II que sean reconocidas por organismos internacionales como la FDA y por las OOAD de los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años. En el caso de los equipos que hayan presentado alerta médica el licitante deberá adjuntar a este escrito el alta o resolución de la misma.</p>	<p>CUMPLE</p>			
<p>Mapa de Ubicación de la Unidad Subrogada de Hemodiálisis. En plataforma electrónica de Google Maps: en el que se indique claramente que la unidad de hemodiálisis subrogada ofertada se encuentra dentro del radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que prestará los servicios. Para los casos de las OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México Sur (D.F. Sur) y Ciudad de México Norte (D.F. Norte), la distancia a demostrar deberá ser dentro del radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que se prestará el servicio.</p>	<p>CUMPLE</p>			

CONSERVACIÓN / PROTECCIÓN CIVIL	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
<p>Evaluación de Conformidad de Cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, en los términos que establece la secretaria de trabajo y Previsión Social.</p>	<p>CUMPLE</p>			

Handwritten signatures





Acreditación del Programa Interno de Protección Civil, en los términos establecidos y reglamentados por la autoridad de Protección Civil estatal o municipal, según corresponda por la ubicación geográfica del inmueble.	CUMPLE			
---	---------------	--	--	--

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

OBSERVACIONES: Ninguna

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

Validó

Dra. Sandra Judith Vazquez Avelar
Encargada de Coordinación de prevención y atención a la salud.

Revisó

Dra. Laura Isela Mayo Rangel.
Encargada de la Coordinación auxiliar del segundo nivel.





EVALUACIÓN TÉCNICA

ADJUDICACIÓN DIRECTA BAJO LA COBERTURA DEL AA-50-GYR-050GYR002-T-133-2024

CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS EXTERNA PARA EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 06 Y 20. DEL 17 - 30 DE JUNIO DEL 2024.

Fecha: 31 Mayo 2024

NO.	NOMBRE, RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL LICITANTE	PARTIDA
1	PROAGE MANAGEMENT S.C.	HGZ 06 HGZ 20

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

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA:

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





EVALUACION TECNICA HEMODIALISIS EXTERNA 2024					
PARTIDA	HGZ 06 HGZ 20	OOAD	JALISCO		
LICITANTE	PROAGE MANAGEMENT S.C.	FECHA:	31/05/2024		
DESCRIPCION	PRESENT A O CUMPLE	NO PRESENT A O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACION	
Anexo T2 ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS	CUMPLE				
A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS					
B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES),	CUMPLE				
C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO,	CUMPLE				
D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,	CUMPLE				
E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO	CUMPLE				
Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente.	CUMPLE				



DESCRIPCIÓN	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
-------------	-------------------	-------------------------	-----------	-------------

• Manual de procedimientos técnicos del Servicio de Hemodiálisis de la unidad en donde se establezca el proceso de Atención al paciente.	CUMPLE			
• Manual de procedimientos técnicos de enfermería, a donde se establezca el proceso de atención del paciente.	CUMPLE			
• Copia del contrato de prestación del servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, o en caso de contar del laboratorio propio, copia del aviso de funcionamiento del laboratorio clínico.	CUMPLE			
• Deberá presentar original o copia del (los) manual(es) de operación en español o en el idioma del país de origen con una traducción simple al español, de la(s) máquina(s) de hemodiálisis del mismo modelo con que prestará el servicio y de la Unidad de reprocesamiento de dializadores, en caso de que opte por reprocesamiento de dializadores.	CUMPLE			
• Deberá presentar original o copia del manual de operación en español de la planta de tratamiento de agua con que cuenta la unidad de hemodiálisis subrogada.	CUMPLE			



2024

Felipe Carrillo
PUERTO

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN,
PATRONATO DE PROFESIONES Y DESARROLLO
DEL PUEBLO



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

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.





<ul style="list-style-type: none"> • Para aquellos casos en el que los equipos y bienes de consumo ofertados, de origen Nacional o Internacional, y el participante advierta que no requiere Registro Sanitario, deberá presentar, debidamente referenciado, el "Listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del registro sanitario, y de aquellos productos que por su naturaleza, características propias y uso no se consideran como insumos para la salud y por ende no requieren registro sanitario", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre del 2014, en el que identifique aquellos que oferte. 	Cumple			
<ul style="list-style-type: none"> • Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis. 	CUMPLE			
<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de especialización, y cédula profesional del (los) médico(s) nefrólogo(s) que quedará(n) como responsable(s) de la unidad de hemodiálisis que coticen. 	CUMPLE			
<ul style="list-style-type: none"> • Copia de los certificados de especialidad en Nefrología o constancias de haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de 6 meses impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada, para el caso de las enfermeras 	CUMPLE			
<ul style="list-style-type: none"> • Escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo. 	CUMPLE			





Table with 5 columns and 4 rows. Row 1: Copia del certificado de buenas prácticas de manufactura... CUMPLE. Row 2: Copia simple del certificado de libre venta... CUMPLE. Row 3: Documento emitido por el secretario del Consejo de Salubridad General... CUMPLE. Row 4: Escrito por parte del participante en el que manifieste que cuenta con los equipos necesarios... CUMPLE. Column 5 contains 'Se encuentra en proceso de recertificación'.

Handwritten signatures





<p>Escrito donde manifieste que los bienes (equipos y bienes de consumo) que usará para la prestación del servicio no cuentan con alertas médicas tipo I y II que sean reconocidas por organismos internacionales como la FDA y por las OOAD de los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años. En el caso de los equipos que hayan presentado alerta médica el licitante deberá adjuntar a este escrito el alta o resolución de la misma.</p>	<p>CUMPLE</p>			
<p>Mapa de Ubicación de la Unidad Subrogada de Hemodiálisis. En plataforma electrónica de Google Maps: en el que se indique claramente que la unidad de hemodiálisis subrogada ofertada se encuentra dentro del radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que prestará los servicios. Para los casos de las OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México Sur (D.F. Sur) y Ciudad de México Norte (D.F. Norte), la distancia a demostrar deberá ser dentro del radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que se prestará el servicio.</p>	<p>CUMPLE</p>			

CONSERVACIÓN / PROTECCIÓN CIVIL	PRESENTA O CUMPLE	NO PRESENTA O NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIÓN
<p>Evaluación de Conformidad de Cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, en los términos que establece la secretaria de trabajo y Previsión Social.</p>	<p>CUMPLE</p>			

[Handwritten signature]

2024

**Felipe Carrillo
PUERTO**
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
REVOLUCIÓN INDUSTRIAL Y DESARROLLO
DEL PPAP



GOBIERNO DE
MÉXICO



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

<p>Acreditación del Programa Interno de Protección Civil, en los términos establecidos y reglamentados por la autoridad de Protección Civil estatal o municipal, según corresponda por la ubicación geográfica del inmueble.</p>	<p>CUMPLE</p>			
--	---------------	--	--	--

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

OBSERVACIONES: En proceso de recertificación, y con aviso de funcionamiento.

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

Validó

Dra. Sandra Judith Mazquez Avelar

Encargada de Coordinación de prevención y atención a la salud.

Revisó

Dra. Laura Isela Mayo Rangel.

Encargada de la Coordinación auxiliar del segundo nivel.