



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
del IMSS en Puebla  
  
Jefatura de Servicios Administrativos  
  
Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento

**CONTRATO No. D22SEI2210**  
  
**ADJUDICACIÓN DIRECTA  
ELECTRÓNICA NACIONAL**  
No. AA-050GYR006-E41-2022  
  
SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA  
PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20  
Y UMAA)

**CONTRATO NO. D22SEI2210**

CONTRATO ABIERTO PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA), QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "EL INSTITUTO", REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR LA DRA. MARÍA AURORA TREVIÑO GARCÍA, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA DEL IMSS EN PUEBLA Y REPRESENTANTE LEGAL DE "EL INSTITUTO", Y POR LA OTRA, LA EMPRESA MEDICA SANTA CARMEN, S.A.P.I. DE C.V. (PARTICIPANTE A), REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL C. ANDRÉS CRISTÓBAL GUTIÉRREZ KATZE, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL Y EN PARTICIPACIÓN CONJUNTA CON MEDIGRAFICOS, S.A. DE C.V. (PARTICIPANTE B), REPRESENTADA POR LA C. ANDREA LÓPEZ SAINZ VELASCO, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, Y FRESENIUS MEDICAL CARE DE MÉXICO, S.A. DE C.V. (PARTICIPANTE C) REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR LA C. YASMIN GARCÍA LUNA, EN SU CARÁCTER DE APODERADA LEGAL, A QUIENES EN LO SUCESIVO EN FORMA CONJUNTA O INDIVIDUALMENTE SE LES DENOMINARÁ "EL PRESTADOR DEL SERVICIO", DE CONFORMIDAD CON LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

#### DECLARACIONES

- 1.- ES UN ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL CON PERSONALIDAD JURÍDICA Y PATRIMONIO PROPIO, QUE TIENE A SU CARGO LA ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL, COMO UN SERVICIO PÚBLICO DE CARÁCTER NACIONAL EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 4 Y 5 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.
- 1.2.- ESTÁ FACULTADO PARA ADQUIRIR TODA CLASE DE BIENES MUEBLES Y SERVICIOS EN TÉRMINOS DE LA LEGISLACIÓN VIGENTE, PARA LA CONSECUCCIÓN DE LOS FINES PARA LOS QUE FUE CREADO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 251 FRACCIÓN IV Y V DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.
- 1.3.- LA DRA. MARÍA AURORA TREVIÑO GARCÍA, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA DEL IMSS EN PUEBLA Y REPRESENTANTE LEGAL, PERSONALIDAD QUE ACREDITA CON EL INSTRUMENTO NÚMERO NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE, DEL LIBRO DOS MIL SETECIENTOS VEINTICUATRO, DE FECHA DE PASE A PROTOCOLO TRECE DE FEBRERO DEL DOS MIL VEINTE Y FIRMADO EL CATORCE DE FEBRERO DEL MISMO AÑO, OTORGADO ANTE LA FE DEL LICENCIADO LUIS RICARDO DUARTE GUERRA, TITULAR DE LA NOTARÍA NÚMERO NOVENTA Y OCHO, DE LA QUE ES TITULAR EL LICENCIADO GONZALO M. ORTIZ BLANCO, SE HIZO CONSTAR EL PODER GENERAL, QUE OTORGÓ EL "INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL", A "EL PODERDANTE" O "EL INSTITUTO" REPRESENTADO POR EL LICENCIADO ANTONIO PÉREZ FONTCOBA, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DE LA DIRECCIÓN JURÍDICA DE DICHO ORGANISMO, EN FAVOR DE "...MARÍA AURORA TREVIÑO GARCÍA, COMO TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL EN PUEBLA...", EN CUMPLIMIENTO AL ACUERDO NÚMERO ACDO.DN.HCT.150120/21.P.DG (ACDO PUNTO DN PUNTO HCT PUNTO UNO CINCO CERO UNO DOS CERO DIAGONAL DOS UNO PUNTO P PUNTO DG), DICTADO POR EL HONORABLE CONSEJO TÉCNICO DEL "INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL", EN SESIÓN EXTRAORDINARIA CELEBRADA EL DÍA QUINCE DE ENERO DOS MIL VEINTE, SURTIENDO EFECTOS A PARTIR DEL QUINCE DE FEBRERO DE DOS MIL VEINTE, REFERIDO INSTRUMENTO NOTARIAL INSCRITO EN EL REGISTRO PÚBLICO DE ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS MEDIANTE FOLIO NÚMERO 97-7-19022020-145637, Y MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LAS FACULTADES QUE LE FUERON CONFERIDAS NO LE HAN SIDO REVOCADAS, MODIFICADAS NI RESTRINGIDAS EN FORMA ALGUNA.
- 1.4.- LA C.P. DILIAM MONTAÑO HERNÁNDEZ, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DE "EL INSTITUTO", INTERVIENE EN LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO COMO ÁREA CONTRATANTE EN EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL No. AA-050GYR006-E41-2022, DEL CUAL SE DERIVA EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 2 FRACCIÓN I DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y NUMERAL 5.3.8 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DE "EL INSTITUTO".
- 1.5.- EL DR. ULISES CRUZ APANCO, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS DE "EL INSTITUTO", INTERVIENE EN LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO COMO ÁREA REQUIRENTE EN EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL No. AA-050GYR006-E41-2022, DEL CUAL SE DERIVA ESTE CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2 FRACCIÓN II DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, NUMERAL 4.24 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DE "EL INSTITUTO".
- 1.6.- EL DR. JOSE GERMAN SANTILLANA ARCE, EN SU CARÁCTER DE ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DEL H.G.Z. No. 20, Y EL DR. VÍCTOR MARTÍNEZ AHUEJOTE, EN SU CARÁCTER DE COORDINADOR CLÍNICO DE LA U.M.A.A. DE "EL INSTITUTO", INTERVIENEN EN LA FIRMA COMO ADMINISTRADORES DE CONTRATO, RESPONSABLES DE DAR SEGUIMIENTO Y VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE CONTRATO, DE CONFORMIDAD

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO</p> <p>IMSS</p>	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p align="center">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p align="center">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p align="center">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p align="center">CONTRATO No. D22SEI2210</p> <p align="center"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p align="center">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	---

CON LO DISPUESTO EN EL PENÚLTIMO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 84 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, ASÍ COMO LOS NUMERALES 5.3.15 Y 5.4.13 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DE "EL INSTITUTO", ANEXO 2 (DOS).

I.7.- LA DRA. GLORIA CASTILLO RODRÍGUEZ EN SU CARÁCTER DE COORDINADORA AUXILIAR DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL SEGUNDO NIVEL DE "EL INSTITUTO", INTERVIENE EN LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO COMO ÁREA TÉCNICA, EN EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL No. AA-050GYR006-E41-2022, DEL CUAL SE DERIVA ESTE CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2 FRACCIÓN III DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, NUMERAL 5.3.9 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DE "EL INSTITUTO".

I.8.- QUE, PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES Y LA REALIZACIÓN DE SUS ACTIVIDADES, REQUIERE DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA).

I.9.- PARA CUBRIR LAS EROGACIONES QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO, CUENTA CON LOS RECURSOS DISPONIBLES SUFICIENTES, NO COMPROMETIDOS EN LA CUENTA 42061604 (SUBROGACIÓN DE HEMODIÁLISIS EXTRAMUROS), DE CONFORMIDAD CON EL CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO NÚMERO 0000018358-2022 DE FECHA 07 DE ENERO DE 2022.

I.10.- EL PRESENTE CONTRATO ES ADJUDICADO A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL No. AA-050GYR006-E41-2022, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR EL 134, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Y DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 2 FRACCIÓN X, 26 FRACCIÓN III, 40, 41 FRACCIÓN II Y 47 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, ARTÍCULOS, 71 Y 72 FRACCIÓN V DE SU REGLAMENTO.

I.11. CON FECHA 31 DE ENERO DE 2022, LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA DEL IMSS EN PUEBLA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EMITIÓ EL ACTA DE FALLO DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN MENCIONADO EN LA DECLARACIÓN QUE ANTECEDE, RESULTANDO ADJUDICADO "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" CON LAS PARTIDAS QUE SE INDICAN EN EL ANEXO 1 (UNO).

I.12.- DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 45 PENÚLTIMO PÁRRAFO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 81 FRACCIÓN IV, DE SU REGLAMENTO, EN CASO DE DISCREPANCIA ENTRE EL CONTENIDO DE LA CONVOCATORIA Y EL PRESENTE INSTRUMENTO, PREVALECE LO ESTABLECIDO EN LA CONVOCATORIA.

I.13.- SEÑALA COMO DOMICILIO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES DE ESTE ACTO JURÍDICO EL UBICADO EN CALLE 4 NORTE NO. 2005, COL. CENTRO, C.P. 72000, PUEBLA, PUE.

II.- "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DECLARA POR CONDUCTO DE SU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES) QUE:

MEDICA SANTA CARMEN, S.A.P.I. DE C.V. (PARTICIPANTE A)

II.1.- ES UNA SOCIEDAD MERCANTIL, LEGALMENTE CONSTITUIDA CONFORME A LAS LEYES DE LA REPÚBLICA MEXICANA, TAL Y COMO LO ACREDITA CON LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 74,560, DE FECHA 01 DE MARZO DE 2011, PROTOCOLIZADA ANTE LA FE DEL NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 10, DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO, LIC ERICK ESPINOSA RIVERA, INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO DE QUERÉTARO QUERÉTARO, BAJO EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO 41147-1, DE FECHA 04 DE ABRIL DE 2011.

POR LO QUE, MEDIANTE ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 79,659 DE FECHA 03 DE JULIO DE 2013, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. ERICK ESPINOSA RIVERA, TITULAR DE LA NOTARÍA PÚBLICA NÚMERO 10, DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO DE QUERÉTARO QUERÉTARO, BAJO EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO 41147-1, DE FECHA 25 DE JULIO DE 2013, SE HIZO CONSTAR EL CAMBIO DE DENOMINACIÓN SOCIAL A MEDICA SANTA CARMEN, S.A.P.I. DE C.V.

II.2.- SE ENCUENTRA REPRESENTADA PARA LA CELEBRACIÓN DE ESTE CONTRATO, POR EL C. ANDRÉS CRISTÓBAL GUTIÉRREZ KATZE, QUIEN ACREDITA SU PERSONALIDAD EN TÉRMINOS DE LA ESCRITURA PÚBLICA 79,659, DE FECHA 03 DE JULIO DE 2013, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. ERICK ESPINOSA RIVERA, TITULAR DE LA NOTARÍA PÚBLICA NÚMERO 10, DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO, Y MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LAS FACULTADES QUE LE FUERON CONFERIDAS NO LE HAN SIDO REVOCADAS, MODIFICADAS NI RESTRINGIDAS EN FORMA ALGUNA.

II.3.- DE ACUERDO CON SUS ESTATUTOS, SU OBJETO SOCIAL CONSISTE EN: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES, CONSULTA EXTERNA E INTERNA, ANÁLISIS CLÍNICOS, TRATAMIENTO DE DIÁLISIS, Y HEMODIÁLISIS, REALIZACIÓN DE RAYOS X, ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALIZACIÓN DE PERSONAS EN TODAS SUS RAMAS, ENTRE OTRAS.

TESTADO  
REGISTRO  
PATRONAL CON  
BASE A LO  
ESTABLECIDO EN  
LOS ARTICULOS  
97, 104, 108, 113  
FRACCIÓN III, 117,  
118, Y 119 DE LA  
(LFTAIP).  
EN VIRTUD DE  
QUE LOS DATOS  
DE MÉRITO SON  
APORTADOS POR  
LAS PERSONAS  
MORALES PARA  
EL  
CUMPLIMIENTO  
DE SUS  
OBLIGACIONES  
FISCALES Y  
TIENEN EL  
DERECHO A SER  
PROTEGIDOS EN  
TANTO QUE DAN  
CUENTA DE SU  
PATRIMONIO Y  
DE LAS CLAVES A  
TRAVÉS DE LAS  
CUALES SE LES  
FACULTA PARA  
REALIZAR  
TRÁMITES, LO  
CUAL  
ÚNICAMENTE  
ESTÁ  
RELACIONADO  
CON LA VIDA  
INTERNA DE SU  
ORGANIZACIÓN.  
POR LO TANTO  
LOS DATOS SON  
CONFIDENCIALES

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO IMSS</p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p>Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p>CONTRATO No. D22SEI2210</p> <p>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
--	---	---

II.4.- LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO LE OTORGÓ EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO MSC-110301-8G8; ASIMISMO, CUENTA CON NÚMERO DE PROVEEDOR 0000121757, Y REGISTRO PATRONAL ANTE ESTE INSTITUTO No. [REDACTED]

II.5.- MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, NO ENCONTRARSE EN LOS SUPUESTOS DE LOS ARTÍCULOS 50 Y 60 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

II.6.- SUS TRABAJADORES SE ENCUENTRAN INSCRITOS EN EL RÉGIMEN OBLIGATORIO DEL SEGURO SOCIAL Y AL CORRIENTE EN EL PAGO DE LAS CUOTAS OBRERO PATRONALES A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LO DISPUESTO EN LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, EXHIBIENDO PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO CONSTANCIAS DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL DEBIDAMENTE EMITIDAS POR "EL INSTITUTO".

ASIMISMO, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" MANIFIESTA 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, LÍQUIDAS Y EXIGIBLES A FAVOR DE "EL INSTITUTO", DERIVADAS DEL INCUMPLIMIENTO A SUS OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, AUTORIZA A "EL INSTITUTO" PARA QUE A TRAVÉS DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE FINANZAS, PREVIO AL PAGO DE CUALQUIER FACTURA 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.

II.7.- CUENTA CON EL DOCUMENTO CORRESPONDIENTE, VIGENTE, EXPEDIDO POR EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA (SAT), RELATIVO A LA OPINIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES, CONFORME A LO DISPUESTO POR LAS REGLAS 2.1.25, 2.1.29, Y 2.1.37 DE LA RESOLUCIÓN MISCELÁNEA FISCAL PARA 2022, PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 27 DE DICIEMBRE DE 2021, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 32 D, DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN, DEL CUAL PRESENTA COPIA A "EL INSTITUTO", PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO.

II.8.- CUENTA CON EL DOCUMENTO CORRESPONDIENTE, VIGENTE, EXPEDIDO POR "EL INSTITUTO" RELATIVO A LA OPINIÓN POSITIVA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL CONFORME AL ACUERDO ACDO-SA1.HCT.101214/281.P.DIR DICTADO POR EL H. CONSEJO TÉCNICO DEL "EL INSTITUTO" EN LA SESIÓN ORDINARIA CELEBRADA EL 10 DE DICIEMBRE DE 2014, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 27 DE FEBRERO DE 2015 Y SU MODIFICACIÓN MEDIANTE ACUERDO ACDO.SA1.HCT.250315/62.P.DJ PUBLICADO EN EL MISMO DE FECHA 03 DE ABRIL DE 2015, EL CUAL EXHIBE PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

II.9.- CUENTA CON EL DOCUMENTO VIGENTE EN SENTIDO POSITIVO, EXPEDIDO POR "EL INFONAVIT" RELATIVO A LA OPINIÓN POSITIVA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES EN MATERIA DE APORTACIONES PATRONALES Y ENTERO DE AMORTIZACIONES EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 5 Y 16 FRACCIÓN XIX DE LA LEY DEL INFONAVIT CON RELACIÓN AL ARTÍCULO 32 D DEL CÓDIGO FISCAL FEDERAL, Y SU MODIFICACIÓN, ACUERDO DEL H. CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES APROBADO MEDIANTE RESOLUCIÓN RCA-5789-01/17 TOMADA EN SU SESIÓN ORDINARIA NÚMERO 790, DE FECHA 25 DE ENERO DE 2017, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DE FECHA 28 DE JUNIO DE 2017, EL CUAL EXHIBE PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

II.10.- MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE DISPONE DE LA ORGANIZACIÓN, EXPERIENCIA, ELEMENTOS TÉCNICOS, HUMANOS Y ECONÓMICOS NECESARIOS, ASÍ COMO LA CAPACIDAD SUFICIENTE PARA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES QUE ASUME CON "EL INSTITUTO" POR VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO.

II.11.- 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 PRESTADOR DEL SERVICIO", EN CASO DE AUDITORÍAS, VISITAS O INSPECCIONES QUE PRACTIQUE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN "EL INSTITUTO" DEBERÁ PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN QUE EN SU MOMENTO SE LE REQUIERA, RELATIVA AL PRESENTE CONTRATO.

II.12. PARA LOS FINES Y EFECTOS LEGALES DE ESTE CONTRATO, SEÑALA COMO DOMICILIO EL UBICADO EN: AVENIDA PASEO JURICA 109 INTERIOR 5, COLONIA JURICA, CP 76100 SANTIAGO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO, TEL.- 44-23-25-08-36, 07-36 y 44-22-18-11-00, 218 0282, CORREO ELECTRÓNICO: [agutierrez@santacarmen.mx](mailto:agutierrez@santacarmen.mx), [svillanueva@santacarmen.mx](mailto:svillanueva@santacarmen.mx).

MEDIGRAFICOS, S.A. DE C.V. (PARTICIPANTE B)

II.1.- ES UNA SOCIEDAD MERCANTIL, LEGALMENTE CONSTITUIDA CONFORME A LAS LEYES DE LA REPÚBLICA MEXICANA, TAL Y COMO LO ACREDITA CON LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 12,056, DE FECHA 14 DE SEPTIEMBRE DE 2011, PROTOCOLIZADA ANTE LA FE DEL NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 28, DE PUEBLA, PUEBLA, LIC VALENTÍN JORGE MENESES ROJAS, INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO, BAJO EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO 46756\*2, DE FECHA 15 DE FEBRERO DE 2012.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
del IMSS en Puebla**

**Jefatura de Servicios Administrativos**

**Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**

**CONTRATO No. D22SEI2210**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA  
ELECTRÓNICA NACIONAL  
No. AA-050GYR006-E41-2022**

**SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA  
PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20  
Y UMAA)**

TESTADO  
REGISTRO  
PATRONAL CON  
BASE A LO  
ESTABLECIDO EN  
LOS ARTÍCULOS  
97, 104, 108, 113  
FRACCIÓN III, 117,  
118, Y 119 DE LA  
(LFTAI).  
EN VIRTUD DE  
QUE LOS DATOS  
DE MÉRITO SON  
APORTADOS POR  
LAS PERSONAS  
MORALES PARA  
EL  
CUMPLIMIENTO  
DE SUS  
OBLIGACIONES  
FISCALES Y  
TIENEN EL  
DERECHO A SER  
PROTEGIDOS EN  
TANTO QUE DAN  
CUENTA DE SU  
PATRIMONIO Y  
DE LAS CLAVES A  
TRAVÉS DE LAS  
CUALES SE LES  
FACULTA PARA  
REALIZAR  
TRÁMITES, LO  
CUAL  
ÚNICAMENTE  
ESTÁ  
RELACIONADO  
CON LA VIDA  
INTERNA DE SU  
ORGANIZACIÓN,  
POR LO TANTO  
LOS DATOS SON  
CONFIDENCIALES

**II.2.- SE ENCUENTRA REPRESENTADA PARA LA CELEBRACIÓN DE ESTE CONTRATO, POR LA C. ANDREA LÓPEZ SAINZ VELASCO, QUIEN ACREDITA SU PERSONALIDAD EN TÉRMINOS DE LA ESCRITURA PÚBLICA 12,907, DE FECHA 15 DE AGOSTO DE 2014, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. VALENTÍN JORGE MENESES ROJAS, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 28, DE PUEBLA, PUEBLA, Y MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LAS FACULTADES QUE LE FUERON CONFERIDAS NO LE HAN SIDO REVOCADAS, MODIFICADAS NI RESTRINGIDAS EN FORMA ALGUNA.**

**II.3.- DE ACUERDO CON SUS ESTATUTOS, SU OBJETO SOCIAL CONSISTE EN: COMPRA, VENTA, EXHIBICIÓN, IMPORTACIÓN, EXPORTACIÓN, COMISIÓN, MAQUILA, COMERCIALIZACIÓN, DISTRIBUCIÓN DE TODO TIPO DE MOBILIARIO, MERCANCÍA, PRODUCTOS, APARATOS, EQUIPOS, INSTRUMENTAL, MATERIAL, INSUMOS Y REACTIVOS PARA MÉDICOS, HOSPITALES, LABORATORIOS, ESCUELAS, INDUSTRIAS Y SIMILARES; COMPRA, VENTA, IMPORTACIÓN, EXPORTACIÓN, DISTRIBUCIÓN, MEDIACIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DE TODA CLASE DE MEDICAMENTOS DE PATENTE, GENÉRICOS, NATURISTAS; MATERIAL QUIRÚRGICO, DE CURACIÓN, LA REALIZACIÓN DE TODO TIPO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y DE LABORATORIOS DE RUTINA Y ESPECIALIDADES INCLUYENDO ENTRE OTROS: MICROBIOLÓGICOS, PAPANICOLAOU, ANATOMÍA PATOLÓGICA, PATOLOGÍA CLÍNICA, TOMOGRAFÍA, RADIOLOGÍA, MASTOGRAFÍA, ULTRASONIDO, DENSITOMETRÍA, ÓSEA, HEMATOLOGÍA, BIOQUÍMICA, PARASITOLOGÍA, INMUNOLOGÍA, BACTERIOLOGÍA, BIOLOGÍA MOLECULAR, ENDOCRINOLOGÍA, FERTILIDAD, UROANÁLISIS, HORMONAS, QUÍMICA CLÍNICA, COAGULACIÓN GENÉTICA, TAMIZ NEONATAL, RAYOS X, ULTRASONIDO; LA REALIZACIÓN DE TODO TIPO DE ESTUDIOS ENTRE OTROS PARA ADMISIÓN Y CHEQUEO EMPRESARIAL, ESCOLAR, PRENUPCIALES, DE BIOPSIAS, PIEZAS QUIRÚRGICAS, HISTOPATOLOGÍAS, ANTIDOPING, PRUEBAS DE GLUCOSA, EMBARAZO, PREOPERATORIOS, VIH, ETC., TODO LO RELACIONADO CON CLÍNICAS DE HEMODIÁLISIS, LA COMERCIALIZACIÓN, ARRENDAMIENTO, COMPRA Y VENTA DE MAQUINARIA RELACIONADA CON LOS TRATAMIENTOS DE HEMODIÁLISIS.**

**II.4.- LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO LE OTORGÓ EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO MED-110914-6Q6; ASIMISMO, CUENTA CON NÚMERO DE PROVEEDOR 0000135918, Y REGISTRO PATRONAL ANTE ESTE INSTITUTO No. [REDACTED]**

**II.5.- MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, NO ENCONTRARSE EN LOS SUPUESTOS DE LOS ARTÍCULOS 50 Y 60 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.**

**II.6.- SUS TRABAJADORES SE ENCUENTRAN INSCRITOS EN EL RÉGIMEN OBLIGATORIO DEL SEGURO SOCIAL Y AL CORRIENTE EN EL PAGO DE LAS CUOTAS OBRERO PATRONALES A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LO DISPUESTO EN LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, EXHIBIENDO PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO CONSTANCIAS DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL DEBIDAMENTE EMITIDAS POR "EL INSTITUTO".**

**ASIMISMO, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" MANIFIESTA 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, LÍQUIDAS Y EXIGIBLES A FAVOR DE "EL INSTITUTO", DERIVADAS DEL INCUMPLIMIENTO A SUS OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, AUTORIZA A "EL INSTITUTO" PARA QUE A TRAVÉS DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE FINANZAS, PREVIO AL PAGO DE CUALQUIER FACTURA 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.**

**II.7.- CUENTA CON EL DOCUMENTO CORRESPONDIENTE, VIGENTE, EXPEDIDO POR EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA (SAT), RELATIVO A LA OPINIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES, CONFORME A LO DISPUESTO POR LAS REGLAS 2.1.25, 2.1.29, Y 2.1.37 DE LA RESOLUCIÓN MISCELÁNEA FISCAL PARA 2022, PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 27 DE DICIEMBRE DE 2021, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 32 D, DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN, DEL CUAL PRESENTA COPIA A "EL INSTITUTO", PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO.**

**II.8.- CUENTA CON EL DOCUMENTO CORRESPONDIENTE, VIGENTE, EXPEDIDO POR "EL INSTITUTO" RELATIVO A LA OPINIÓN POSITIVA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL CONFORME AL ACUERDO ACDO-SA1.HCT.101214/281.P.DIR DICTADO POR EL H. CONSEJO TÉCNICO DEL "EL INSTITUTO" EN LA SESIÓN ORDINARIA CELEBRADA EL 10 DE DICIEMBRE DE 2014, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 27 DE FEBRERO DE 2015 Y SU MODIFICACIÓN MEDIANTE ACUERDO ACDO.SA1.HCT.250315/62.P.DJ PUBLICADO EN EL MISMO DE FECHA 03 DE ABRIL DE 2015, EL CUAL EXHIBE PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.**

**II.9.- CUENTA CON EL DOCUMENTO VIGENTE EN SENTIDO POSITIVO, EXPEDIDO POR "EL INFONAVIT" RELATIVO A LA OPINIÓN POSITIVA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES EN MATERIA DE APORTACIONES PATRONALES Y ENTERO DE AMORTIZACIONES EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 5 Y 16 FRACCIÓN XIX DE LA LEY DEL INFONAVIT CON RELACIÓN AL ARTÍCULO 32 D DEL CÓDIGO FISCAL FEDERAL, Y SU MODIFICACIÓN, ACUERDO DEL H. CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES APROBADO MEDIANTE RESOLUCIÓN RCA-5789-01/17 TOMADA EN SU SESIÓN ORDINARIA NÚMERO 790, DE FECHA 25 DE ENERO DE 2017, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DE FECHA 28 DE JUNIO DE 2017, EL CUAL EXHIBE PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
del IMSS en Puebla**

**Jefatura de Servicios Administrativos**

**Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**

**CONTRATO No. D22SEI2210**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA  
ELECTRÓNICA NACIONAL  
No. AA-050GYR006-E41-2022**

**SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA  
PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20  
Y UMAA)**

**II.10.- MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE DISPONE DE LA ORGANIZACIÓN, EXPERIENCIA, ELEMENTOS TÉCNICOS, HUMANOS Y ECONÓMICOS NECESARIOS, ASÍ COMO LA CAPACIDAD SUFICIENTE PARA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES QUE ASUME CON "EL INSTITUTO" POR VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO.**

**II.11.- 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 PRESTADOR DEL SERVICIO", EN CASO DE AUDITORÍAS, VISITAS O INSPECCIONES QUE PRACTIQUE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN "EL INSTITUTO" DEBERÁ PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN QUE EN SU MOMENTO SE LE REQUIERA, RELATIVA AL PRESENTE CONTRATO.**

**II.12. PARA LOS FINES Y EFECTOS LEGALES DE ESTE CONTRATO, SEÑALA COMO DOMICILIO EL UBICADO EN: CALLE 19 SUR, NO. 3103, COL. VOLCANES, C.P. 72410, PUEBLA, PUE., TEL.- 2223-75-17-40 (41, 42, 43), CORREO ELECTRÓNICO: [direccionadministrativa@hdhemodialisis.com](mailto:direccionadministrativa@hdhemodialisis.com).**

**FRESENIUS MEDICAL CARE DE MÉXICO, S.A. DE C.V. (PARTICIPANTE C)**

**II.1.- ES UNA SOCIEDAD MERCANTIL, LEGALMENTE CONSTITUIDA CONFORME A LAS LEYES DE LA REPÚBLICA MEXICANA, TAL Y COMO LO ACREDITA CON LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 55,040, DE FECHA 20 DE ENERO DE 1999, PROTOCOLIZADA ANTE LA FE DEL NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 19, DE LA CIUDAD DE MÉXICO, LIC MIGUEL ALESSIO ROBLES.**

**POR LO QUE, MEDIANTE ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 66,164 DE FECHA 19 DE MAYO DE 2003, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. LIC MIGUEL ALESSIO ROBLES, TITULAR DE LA NOTARIA PÚBLICA NÚMERO 19, DE LA CIUDAD DE MÉXICO, E INSCRITA EN EL INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO DE GUADALAJARA, JALISCO, BAJO EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO 8514, DE FECHA 14 DE FEBRERO DE 2003, SE HIZO CONSTAR LA FUSIÓN DE DENOMINACIÓN SOCIAL FRESENIUS MEDICAL CARE DE MÉXICO, S.A. DE C.V., COMO SOCIEDAD FUSIONANTE Y QUE SUBSISTE Y DE NEFROLOGÍA, DIÁLISIS Y TRANSPLANTE, S.A. DE C.V., COMO SOCIEDAD FUSIONADA Y QUE DESAPARECE.**

**II.2.- SE ENCUENTRA REPRESENTADA PARA LA CELEBRACIÓN DE ESTE CONTRATO, POR LA C. YASMIN GARCÍA LUNA, QUIEN ACREDITA SU PERSONALIDAD EN TÉRMINOS DE LA ESCRITURA PÚBLICA 13,452, DE FECHA 03 DE JUNIO DE 2016, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. AGUSTÍN WALL HAMPTON GUTIÉRREZ KATZE, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 208, DE LA CIUDAD DE MÉXICO, Y MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LAS FACULTADES QUE LE FUERON CONFERIDAS NO LE HAN SIDO REVOCADAS, MODIFICADAS NI RESTRINGIDAS EN FORMA ALGUNA.**

**II.3.- DE ACUERDO CON SUS ESTATUTOS, SU OBJETO SOCIAL CONSISTE EN: LA FABRICACIÓN, COMRAVENTA, IMPORTACIÓN, EXPORTACIÓN, COMERCIALIZACIÓN, YA SEA POR CUENTA PROPIA O A TRAVÉS DE TERCEROS DE MAQUINAS DE HEMODIÁLISIS, DE MAQUINAS DE HEMOTERAPIA, DE TODO TIPO DE MAQUINAS PARA DIÁLISIS, SEA DIÁLISIS PERITONEAL O HEMODIÁLISIS Y EN GENERAL DE TODO TIPO DE INSTRUMENTAL MEDICO O QUE SE ENCUENTRE RELACIONADO CON LA INDUSTRIA MEDICO O QUE SE ENCUENTRE RELACIONADO CON LA INDUSTRIA MEDICA, ENTRE OTRAS.**

**II.4.- LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO LE OTORGÓ EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO FMC-990121-BB3; ASIMISMO, CUENTA CON NÚMERO DE PROVEEDOR 0000033667, Y REGISTRO PATRONAL ANTE ESTE INSTITUTO No. [REDACTED]**

**II.5.- MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, NO ENCONTRARSE EN LOS SUPUESTOS DE LOS ARTÍCULOS 50 Y 60 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.**

**II.6.- SUS TRABAJADORES SE ENCUENTRAN INSCRITOS EN EL RÉGIMEN OBLIGATORIO DEL SEGURO SOCIAL Y AL CORRIENTE EN EL PAGO DE LAS CUOTAS OBRERO PATRONALES A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LO DISPUESTO EN LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, EXHIBIENDO PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO CONSTANCIAS DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL DEBIDAMENTE EMITIDAS POR "EL INSTITUTO".**

**ASIMISMO, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" MANIFIESTA 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, LÍQUIDAS Y EXIGIBLES A FAVOR DE "EL INSTITUTO", DERIVADAS DEL INCUMPLIMIENTO A SUS OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, AUTORIZA A "EL INSTITUTO" PARA QUE A TRAVÉS DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE FINANZAS, PREVIO AL PAGO DE CUALQUIER FACTURA 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.**

**II.7.- CUENTA CON EL DOCUMENTO CORRESPONDIENTE, VIGENTE, EXPEDIDO POR EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA (SAT), RELATIVO A LA OPINIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES, CONFORME A LO DISPUESTO POR LAS REGLAS 2.1.25, 2.1.29, Y 2.1.37 DE LA RESOLUCIÓN MISCELÁNEA FISCAL PARA 2022, PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 27 DE DICIEMBRE DE 2021, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 32 D, DEL CÓDIGO**

TESTADO  
REGISTRO  
PATRONAL CON  
BASE A LO  
ESTABLECIDO EN  
LOS ARTÍCULOS  
97, 104, 108, 113  
FRACCIÓN III, 117,  
118, Y 119 DE LA  
(LFTAIIP).  
EN VIRTUD DE  
QUE LOS DATOS  
DE MÉRITO SON  
APORTADOS POR  
LAS PERSONAS  
MORALES PARA  
EL  
CUMPLIMIENTO  
DE SUS  
OBLIGACIONES  
FISCALES Y  
TIENEN EL  
DERECHO A SER  
PROTEGIDOS EN  
TANTO QUE DAN  
CUENTA DE SU  
PATRIMONIO Y  
DE LAS CLAVES A  
TRAVÉS DE LAS  
CUALES SE LES  
FACULTA PARA  
REALIZAR  
TRÁMITES, LO  
CUAL  
ÚNICAMENTE  
ESTA  
RELACIONADO  
CON LA VIDA  
INTERNA DE SU  
ORGANIZACIÓN,  
POR LO TANTO  
LOS DATOS SON  
CONFIDENCIALES

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Jefatura de Servicios Administrativos</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. D22SEI2210</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL No. AA-050GYR006-E41-2022</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b></p>
---	---	--

FISCAL DE LA FEDERACIÓN, DEL CUAL PRESENTA COPIA A "EL INSTITUTO", PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO.

**II.8.- CUENTA CON EL DOCUMENTO CORRESPONDIENTE, VIGENTE, EXPEDIDO POR "EL INSTITUTO" RELATIVO A LA OPINIÓN POSITIVA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL CONFORME AL ACUERDO ACDO-SA1.HCT.101214/281.P.DIR DICTADO POR EL H. CONSEJO TÉCNICO DEL "EL INSTITUTO" EN LA SESIÓN ORDINARIA CELEBRADA EL 10 DE DICIEMBRE DE 2014, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 27 DE FEBRERO DE 2015 Y SU MODIFICACIÓN MEDIANTE ACUERDO ACDO.SA1.HCT.250315/62.P.DJ PUBLICADO EN EL MISMO DE FECHA 03 DE ABRIL DE 2015, EL CUAL EXHIBE PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.**

**II.9.- CUENTA CON EL DOCUMENTO VIGENTE EN SENTIDO POSITIVO, EXPEDIDO POR "EL INFONAVIT" RELATIVO A LA OPINIÓN POSITIVA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES EN MATERIA DE APORTACIONES PATRONALES Y ENTERO DE AMORTIZACIONES EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 5 Y 16 FRACCIÓN XIX DE LA LEY DEL INFONAVIT CON RELACIÓN AL ARTÍCULO 32 D DEL CÓDIGO FISCAL FEDERAL, Y SU MODIFICACIÓN, ACUERDO DEL H. CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES APROBADO MEDIANTE RESOLUCIÓN RCA-5789-01/17 TOMADA EN SU SESIÓN ORDINARIA NÚMERO 790, DE FECHA 25 DE ENERO DE 2017, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DE FECHA 28 DE JUNIO DE 2017, EL CUAL EXHIBE PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.**

**II.10.- MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE DISPONE DE LA ORGANIZACIÓN, EXPERIENCIA, ELEMENTOS TÉCNICOS, HUMANOS Y ECONÓMICOS NECESARIOS, ASÍ COMO LA CAPACIDAD SUFICIENTE PARA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES QUE ASUME CON "EL INSTITUTO" POR VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO.**

**II.11.- 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 PRESTADOR DEL SERVICIO", EN CASO DE AUDITORÍAS, VISITAS O INSPECCIONES QUE PRACTIQUE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN "EL INSTITUTO" DEBERÁ PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN QUE EN SU MOMENTO SE LE REQUIERA, RELATIVA AL PRESENTE CONTRATO.**

**II.12. PARA LOS FINES Y EFECTOS LEGALES DE ESTE CONTRATO, SEÑALA COMO DOMICILIO EL UBICADO EN: PASEO DEL NORTE No. 5300, GUADALAJARA TECHNOLOGY PARK, C.P. 45066, ZAPOPAN, JALISCO, TEL.- 55 41-70-40-05 Ext 4008, 55-30-45-21-45, CORREO ELECTRÓNICO: [edgar.cadena@fmc-ag.com](mailto:edgar.cadena@fmc-ag.com).**

HECHAS LAS DECLARACIONES ANTERIORES, LAS PARTES CONVIENEN EN OTORGAR EL PRESENTE CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LAS SIGUIENTES:

#### CLÁUSULAS

**PRIMERA.- OBJETO DEL CONTRATO.- "EL INSTITUTO" SE OBLIGA A ADQUIRIR DE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" Y ÉSTE SE OBLIGA A PRESTAR EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA), CUYA DESCRIPCIÓN, CANTIDADES E IMPORTES SE DETALLAN EN EL ANEXO 1 (UNO), EN EL QUE SE IDENTIFICA LA CANTIDAD MÍNIMA COMO COMPROMISO DE SERVICIOS Y LA CANTIDAD MÁXIMA SUSCEPTIBLES DE SERVICIOS.**

**SEGUNDA.- IMPORTE DEL CONTRATO.- "EL INSTITUTO" SE OBLIGA A CUBRIR A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" COMO CONTRAPRESTACIÓN POR LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, LA CANTIDAD POR UN IMPORTE MÍNIMO DE \$5,286,230.64 (CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS TREINTA PESOS 64/100 M.N.) MÁS EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.), Y UN IMPORTE MÁXIMO SUSCEPTIBLE DE SER EJERCIDO POR LA CANTIDAD DE \$13,215,576.60 (TRECE MILLONES DOSCIENTOS QUINCE MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS 60/100 M.N.) MÁS EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.) DE CONFORMIDAD CON LOS PRECIOS UNITARIOS QUE SE RELACIONAN EN EL ANEXO 1 (UNO).**

LAS PARTES CONVIENEN QUE EL PRESENTE CONTRATO SE CELEBRA BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS, POR LO QUE EL MONTO DE LOS MISMOS NO CAMBIARÁ DURANTE LA VIGENCIA DEL MISMO.

**TERCERA.- FORMA DE PAGO.- "EL INSTITUTO" SE OBLIGA A PAGAR A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO", LA CANTIDAD SEÑALADA EN LA CLÁUSULA INMEDIATA ANTERIOR EN PESOS MEXICANOS, EN LOS PLAZOS NORMADOS Y DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, GLOSA Y APROBACIÓN DE LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA TRÁMITE DE PAGO, A LOS 20 DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA ENTREGA POR PARTE DE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO", DE LA FACTURA QUE REÚNA LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LOS ARTÍCULOS 29 Y 29-A DEL CFF, 37 AL 40 DEL RCFF**

**"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ EXPEDIR SUS COMPROBANTES FISCALES DIGITALES EN EL ESQUEMA DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA, CON LAS ESPECIFICACIONES NORMADAS POR EL "SAT" A NOMBRE DEL "IMSS", CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES IMS421231145, EN LA QUE SE INDIQUE LOS SERVICIOS PRESTADOS, NÚMERO DE PROVEEDOR, NÚMERO DE CONTRATO, EN SU CASO, DOCUMENTO QUE AMPARA(N) DICHOS BIENES O SERVICIOS, NÚMERO DE FIANZA Y DENOMINACIÓN SOCIAL DE LA AFIANZADORA, MISMA QUE DEBERÁ SER ENTREGADA EN EL DEPARTAMENTO DE**

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Jefatura de Servicios Administrativos</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. D22SEI2210</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL No. AA-050GYR006-E41-2022</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b></p>
---	---	--

PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y EROGACIONES, UBICADO EN CALLE 4 NORTE 2005, COLONIA CENTRO, CÓDIGO POSTAL 72000, PUEBLA, PUE., EN HORARIO DE 08:00 A 13:00 HRS.

PARA LA VALIDACIÓN DE DICHOS COMPROBANTES "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ CARGAR EN INTERNET, A TRAVÉS DEL PORTAL DE SERVICIOS A PROVEEDORES DE LA PAGINA DEL "IMSS" EL ARCHIVO EN FORMATO XML, LA VALIDEZ DE LOS MISMOS, SERÁ DETERMINADA DURANTE LA CARGA Y ÚNICAMENTE LOS COMPROBANTES VALIDOS SERÁN PROCEDENTES PARA PAGO.

DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" QUEDA OBLIGADO A ENTREGAR A "EL INSTITUTO" JUNTO CON LA FACTURA DE COBRO RESPECTIVA, LA OPINIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL EMITIDA POR EL IMSS, OPINIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FISCALES EXPEDIDO POR EL SAT, Y LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL EN MATERIA DE APORTACIONES PATRONALES Y ENTERO DE DESCUENTOS, EMITIDA POR EL INFONAVIT, TODAS EN SENTIDO POSITIVO Y VIGENTES, EN CUMPLIMIENTO A LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 32-D, PRIMERO, SEGUNDO, TERCERO, CUARTO Y ÚLTIMO PÁRRAFO DEL CFF., LAS CUALES TENDRÁN UNA VIGENCIA DE 30 DÍAS NATURALES A PARTIR DEL DÍA DE SU EMISIÓN.

EN CASO DE QUE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" PRESENTE SU FACTURA CON ERRORES O DEFICIENCIAS, CONFORME A LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 90 DEL REGLAMENTO DE LA LEY, "EL INSTITUTO" DENTRO DE LO TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN, INDICARÁ POR ESCRITO A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" LAS DEFICIENCIAS QUE SE DEBERÁN CORREGIR.

EL PAGO A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE DEPOSITARÁ EN LA FECHA PROGRAMADA A TRAVÉS DEL SISTEMA DE PAGOS ELECTRÓNICOS INTERBANCARIOS, EN CASO DE SER CHEQUE SERÁ CON LA INSTITUCIÓN BANCARIA "HSBC MÉXICO SA", PARA TAL EFECTO DEBERÁ PRESENTAR EN EL DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y EROGACIONES, SITO EN CALLE 4 NORTE 2005, COLONIA CENTRO, CÓDIGO POSTAL 72000, PUEBLA, PUE., EN HORARIO DE 08:00 A 13:00 HRS., PETICIÓN ESCRITA INDICANDO: RAZÓN SOCIAL, DOMICILIO FISCAL, NÚMERO TELEFÓNICO, NOMBRE COMPLETO DEL APODERADO LEGAL CON FACULTADES DE COBRO Y SU FIRMA, NÚMERO DE CUENTA DE CHEQUES, SUCURSAL Y PLAZA, ASÍ COMO, NÚMERO DE PRESTADOR DE SERVICIOS ASIGNADO POR EL IMSS. ANEXO A LA SOLICITUD "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ PRESENTAR ORIGINAL Y COPIA DE LA CÉDULA DEL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES, PODER NOTARIAL E IDENTIFICACIÓN OFICIAL; LOS ORIGINALES SE SOLICITAN ÚNICAMENTE PARA COTEJAR LOS DATOS Y LES SERÁ DEVUELTOS EN EL MISMO ACTO.

EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ QUIEN DARÁ LA AUTORIZACIÓN PARA QUE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE FINANZAS PROCEDA A SU PAGO DE ACUERDO A LO NORMADO EN EL ANEXO "NORMATIVIDAD DE PAGO DE LAS CUENTAS CONTABLES" DEL "PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, GLOSA Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA TRÁMITE DE PAGO Y LA CONSTITUCIÓN, MODIFICACIÓN, CANCELACIÓN, OPERACIÓN Y CONTROL DE FONDOS FIJOS.

EL PAGO SE REALIZARÁ MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS, A TRAVÉS DEL ESQUEMA ELECTRÓNICO INTERBANCARIO QUE "EL INSTITUTO" TIENE EN OPERACIÓN. PARA TAL EFECTO "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ PROPORCIONAR EN SU OPORTUNIDAD EL NÚMERO DE CUENTA, CLABE, INSTITUCIÓN BANCARIA Y SUCURSAL.

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" PODRÁ OPTAR PORQUE "EL INSTITUTO" EFECTÚE LOS PAGOS DEL SERVICIO PRESTADO, A TRAVÉS DEL ESQUEMA ELECTRÓNICO INTRABANCARIO QUE TIENE EN OPERACIÓN, CON LAS INSTITUCIONES BANCARIAS SIGUIENTES: BANAMEX, S.A., BBVA, BANCOMER, S.A., BANORTE, S.A. Y SCOTIABANK INVERLAT, S.A., PARA TAL EFECTO DEBERÁ PRESENTAR SU PETICIÓN POR ESCRITO EN EL DEPARTAMENTO DE TESORERÍA DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE FINANZAS, UBICADO EN CALLE 4 NORTE NO. 2005 PLANTA BAJA, COL. CENTRO C.P.72000, PUEBLA, PUE, DE 8:00 A 13:00 HRS, INDICANDO: 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 CLABE BANCARIA ESTANDARIZADA), BANCO, SUCURSAL Y PLAZA, ASÍ COMO, NÚMERO DE PROVEEDOR ASIGNADO POR "EL INSTITUTO".

EL PAGO DEL SERVICIO PRESTADO, QUEDARÁ CONDICIONADO PROPORCIONALMENTE AL PAGO QUE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBA EFECTUAR POR CONCEPTO DE PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO.

SI "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" TIENE CUENTAS LÍQUIDAS Y EXIGIBLES A SU CARGO POR CONCEPTO DE CUOTAS OBRERO PATRONALES, CONFORME A LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 40 B DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, ACEPTARÁ QUE "EL IMSS" LAS COMPENSE CON EL O LOS PAGOS QUE TENGA QUE HACER POR CONCEPTO DE CONTRAPRESTACIONES POR LA CONTRATACIÓN DE BIENES O SERVICIOS.

EN CASO DE QUE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SOLICITE EL ABONO EN UNA CUENTA CONTRATADA EN UN BANCO DIFERENTE A LOS ANTES CITADOS (INTERBANCARIO), "EL INSTITUTO" 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 EL CENTRO DE COMPENSACIÓN BANCARIA (CECOBAN).

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

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
---	--	---

NOTARIAL E IDENTIFICACIÓN OFICIAL; LOS ORIGINALES SE SOLICITAN ÚNICAMENTE PARA COTEJAR LOS DATOS Y LE SERÁN DEVUELTOS EN EL MISMO ACTO A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO".

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" QUE CELEBRE CONTRATO DE CESIÓN DE DERECHOS DE COBRO, DEBERÁ NOTIFICARLO POR ESCRITO A "EL INSTITUTO", CON UN MÍNIMO DE 5 (CINCO) DÍAS NATURALES ANTERIORES A LA FECHA DE PAGO PROGRAMADA, ENTREGANDO INVARIABLEMENTE UNA COPIA DE LOS CONTRA-RECIBOS CUYO IMPORTE SE CEDE, ADÉMÁS DE LOS DOCUMENTOS SUSTANTIVOS DE DICHA CESIÓN. EL MISMO PROCEDIMIENTO APLICARÁ EN EL CASO DE QUE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" CELEBRE 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.

**CUARTA.- PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.-** "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE OBLIGA A SUMINISTRAR A "EL INSTITUTO" EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA), DE ACUERDO A LA CLAUSULA PRIMERA, A LOS ANEXOS QUE INTEGRAN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, Y CONFORME A LO SIGUIENTE:

**PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA. -** "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE COMPROMETE CON "EL INSTITUTO" A REALIZAR SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO ÚNICAMENTE EN EL DOMICILIO UBICADO EN EN CALLE 19 SUR NÚMERO 3103 COLONIA LOS VOLCANES, CP 72410, PUEBLA, PUE., Y EN TEZIUTLÁN SUR 118 COL. LA PAZ, C.P. 72160, PUEBLA, PUEBLA.

POR NINGÚN MOTIVO PODRÁ "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" OTORGAR SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA A TRAVÉS DE TERCEROS O EN INSTALACIONES DISTINTAS, SALVO CASO FORTUITO O DE FUERZA MAYOR LO CUAL DEBERÁ SER AUTORIZADO POR EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

EL HORARIO DE SERVICIO SERÁ DE LAS 7:00 A LAS 21:00 HORAS DE LUNES A SÁBADO COMO MÍNIMO; INCLUSO DÍAS FESTIVOS.

ASIMISMO, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" TENDRÁ QUE OBSERVAR LO SIGUIENTE:

- 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 FEDERAL, ESTATALES DEL DISTRITO FEDERAL Y MUNICIPALES, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 29 DE DICIEMBRE DE 2011.
- UBICARSE EN UN RADIO DE DISTANCIA TERRESTRE MÁXIMA DE 55 KILÓMETROS DE LA UNIDAD MÉDICA A LA QUE PRETENDA PRESTARSE EL SERVICIO.
- EL ÁREA DE TRATAMIENTO DEBERÁ SER CONSIDERADA ÁREA SEMIRESTRINGIDA (ZONA GRIS).
- LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ CONTAR CON SERVICIO DE TRASLADO EN AMBULANCIA (SE SOLICITA PRESENTE EL CONTRATO Y/O CONVENIO VIGENTE CORRESPONDIENTE, EN CASO DE QUE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA NO CUENTE CON AMBULANCIA PROPIA Y FACTURA EN CASO DE QUE SEA PROPIA) EN CASO DE REQUERIRSE 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.
- CONTAR CON LAS ÁREAS DESCRITAS EN APEGO A LA NOM-003-SSA3-2010, "PARA LA PRÁCTICA DE LA HEMODIÁLISIS".
- CENTRAL(ES) DE ENFERMERAS CON VISIBILIDAD DE LOS PACIENTES.
- ÁREA DE AISLAMIENTO EQUIPADA DESTINADA A PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS COMO: VIH O HEPATITIS B O C.
- EL ÁREA PARA CADA ESTACIÓN DE HEMODIÁLISIS DEBERÁ SER DE POR LO MENOS 1.5 X 2.0 MTS.
- 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).
- ÁREA DE LAVADO, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL DE CURACIÓN Y MÉDICO-QUIRÚRGICO, EN CASO DE NO CONTAR CON MATERIAL DESECHABLE.
- 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.
- 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.
- DEBE CONTAR CON CISTERNA O TINACOS PARA LA DISPONIBILIDAD DE AGUA SUFICIENTE DE ACUERDO A LA CAPACIDAD INSTALADA DE ATENCIÓN PARA LOS 365 DÍAS DEL AÑO QUE PERMITA LA OPERACIÓN DE LA UNIDAD.
- CADA PACIENTE DEBERÁ RECIBIR LAS SESIONES CON DURACIÓN DE 3:00 A 4:00 HORAS POR SESIÓN DE ACUERDO A LA PRESCRIPCIÓN DEL MÉDICO DEL "EL INSTITUTO".

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO</p> <p>IMSS</p>	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p align="center">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p align="center">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p align="center">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p align="center">CONTRATO No. D22SEI2210</p> <p align="center"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p align="center">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	---

- DEBERÁ TENER EL NÚMERO DE MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS, DE ACUERDO A 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 LOS ADMINISTRADORES DEL CONTRATO.
- DEBERÁ GARANTIZAR EL EQUIPO Y BIENES DE CONSUMO ESPECÍFICOS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS EN LOS LUGARES EN DONDE SE REQUIERA LA ATENCIÓN PARA ESTE TIPO DE PACIENTES.
- DEBE CONTAR CON UN SISTEMA DE INFORMACIÓN QUE INCLUYA DATOS CLÍNICOS Y ADMINISTRATIVOS, COMO MÍNIMOS LOS ESTABLECIDOS EN LA ETIMSS 5640-023-004.

“EL PRESTADOR DEL SERVICIO” 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 MENCIONAN EN EL ANEXO T1 (T-UNO). “EL PRESTADOR DEL SERVICIO” DEBERÁ COORDINAR ACCIONES CON LAS UNIDADES MÉDICAS ASIGNADAS PARA PRESTAR EL SERVICIO EN TIEMPO Y FORMA.

EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEBERÁ SER PRESTADO DENTRO DEL PLAZO ESTABLECIDO Y DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LAS UNIDADES MÉDICAS CONTENIDAS EN EL ANEXO T1 (T-UNO).

#### CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

EL SERVICIO DEBERÁ SER PRESTADO POR PERSONAL CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS, DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN LA NOM-003-SSA3-2010 “PARA LA PRÁCTICA DE LA HEMODIÁLISIS”:

- EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBERÁ SER UN MÉDICO ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA, CON CERTIFICADO DE ESPECIALIZACIÓN, CÉDULA PROFESIONAL DEBIENDO ENCONTRARSE EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DURANTE LA PRÁCTICA DE LA MISMA.
- 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 DEBERÁ CONTAR CON AL MENOS UNA ENFERMERA POR CADA 3 (TRES) MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS.

PARA GARANTIZAR LO ANTERIOR, DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, “EL INSTITUTO” REALIZARÁ VERIFICACIONES DEL PERSONAL QUE PRESTA EL SERVICIO, DURANTE LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN SEMESTRALES O LAS QUE DETERMINE NECESARIAS.

“EL PRESTADOR DEL SERVICIO” DEBERÁ DOTAR EN FORMA MENSUAL A “EL INSTITUTO” DEL NÚMERO DE CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES QUE FUERON COLOCADOS EN UNIDADES MÉDICAS DEL “EL INSTITUTO” A PACIENTES REFERIDOS A SUBROGACIÓN DE NUEVO INGRESO DEL MES INMEDIATO ANTERIOR, MÁS 1 (UNO) CATÉTER TEMPORAL O PERMANENTE. ESTO SERÁ ACUMULABLE, CON EL PROPÓSITO DE CONTAR CON UN STOCK PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN OPORTUNA DE LOS PACIENTES REFERIDOS POR PRIMERA VEZ A LAS UNIDADES SUBROGADAS, LOS CATÉTERES SE ENTREGARÁN AL ALMACÉN DE LA UNIDAD MÉDICA CORRESPONDIENTE O EN DONDE LO INDIQUE EL DIRECTOR MÉDICO DE LA UNIDAD DENTRO DE LOS PRIMEROS CINCO DÍAS HÁBILES DE CADA MES EN EL HORARIO DE 9-15 HRS. DE LUNES A VIERNES, DEBIENDO ANOTAR NOMBRE, MATRÍCULA Y CARGO DE QUIEN LOS RECIBE, DEBIENDO NOTIFICAR A EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO LA FALTA DE ENTREGA DE LOS CATÉTERES.

“EL INSTITUTO” PODRÁ VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE CALIDAD DE LOS BIENES, A TRAVÉS DE LA COCTI, CUYAS MUESTRAS UTILIZADAS PARA ESTE EFECTO, DEBERÁN SER REPUESTAS POR “EL PRESTADOR DEL SERVICIO” SIN COSTO PARA “EL INSTITUTO”, AL ÁREA 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 A “EL 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, CONSIDERÁNDOSE ESTA SITUACIÓN AL INGRESO DEL PACIENTE A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DE “EL PRESTADOR DEL SERVICIO”. ESTO ESTARÁ SUJETO A VERIFICACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DE “EL INSTITUTO”, DURANTE LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN O EN CUALQUIER MOMENTO.

ES RESPONSABILIDAD DE “EL PRESTADOR DEL SERVICIO” DENTRO DEL MARCO DE LOS TÉRMINOS DEL CONTRATO, PROPORCIONAR AL 100% EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADO POR LO QUE “EL INSTITUTO” NO ACEPTARÁ LA OMISIÓN, SUSPENSIÓN O CANCELACIÓN DE NINGÚN TRATAMIENTO PROGRAMADO, CON EXCEPCIÓN DE CAUSAS MÉDICAS, LAS CUALES DEBERÁN SER SUSTENTADAS EN NOTA MÉDICA, JUSTIFICANDO QUE LA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS SUSPENDIDA SE REPROGRAMARÁ UNA VEZ QUE EL PACIENTE ESTÉ EN CONDICIONES CLÍNICAS ADECUADAS. POR LO ANTERIOR NO SE ACEPTARÁ COMO OTORGADO EL SERVICIO SI POR CAUSAS IMPUTABLES A “EL PRESTADOR DEL SERVICIO” NO SE DA LA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS DE ACUERDO CON LA PRESCRIPCIÓN INDICADA POR EL MÉDICO TRATANTE DE “EL INSTITUTO”.

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>

LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ UTILIZAR DIALIZADORES NUEVOS POR CADA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS; O EL REUSÓ DE DIALIZADORES DE FORMA AUTOMATIZADA.

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.

**NIVELES DE SERVICIO**

“EL PRESTADOR DEL SERVICIO”, 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 AMMI. LA UNIDAD EN FUNCIONAMIENTO, DEBERÁ CONTAR CON UN RESULTADO DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO.	BIMESTRAL. (AL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA CONCLUSIÓN DEL BIMESTRE)
REPORTE DE LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2010. LA UNIDAD EN FUNCIONAMIENTO, DEBERÁ CONTAR CON UN RESULTADO DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO.	RESULTADOS DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO DENTRO DE LOS PARÁMETROS SOLICITADOS POR LA NOM-003-SSA3-2010.
REPORTE ORIGINAL POR UN LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2010 Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AMMI. LA CALIDAD DE AGUA DEBERÁ CONTAR CON RESULTADO DE ANÁLISIS QUÍMICO.	AL MENOS UNA VEZ AL AÑO. (AL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA CONCLUSIÓN DEL AÑO)
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 AMMI. 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
EL PROVEEDOR ADJUDICADO ESTABLECERÁ CONTACTO CON LA DIVISIÓN DE IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES TECNOLÓGICAS PARA LOS SERVICIOS DE SALUD (DISTSS), DEPENDIENTE DE LA CDSSIS, A EFECTO DE ESTABLECER LA ESTRATEGIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS SIGUIENTES PUNTOS: a) FIRMA DEL ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD b) DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS c) DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE d) SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y MENSAJERÍA HL7	DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE EMISIÓN DEL FALLO.
INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN, DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS NECESARIOS PARA EL MANEJO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE.	DENTRO DE LOS 2 (DOS) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO.
EL PROVEEDOR PROPORCIONARÁ UN CALENDARIO DE DESPLIEGUE DEL SISTEMA EVALUADO CONSIDERANDO TODAS LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS INCLUIDAS EN EL CONTRATO	DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA FECHA DE APROBACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN 1
REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LA SESIÓN REALIZADA, EN LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO, CONFORME AL ANEXO T15 (TI CINCO) (ETIMSS), 5640-023-004 ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE HEMODIÁLISIS EXTRAMUROS, NECESARIO PARA LA TRANSMISIÓN DE DATOS A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO.	DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES A LA FECHA DE CORTE CORRESPONDIENTE AL MES EN QUE SE OTORGÓ LA SESIÓN.
DOTACIÓN DEL MISMO NÚMERO DE CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES QUE FUERON COLOCADOS A PACIENTES REFERIDOS A SUBROGACIÓN DE NUEVO INGRESO DEL MES INMEDIATO ANTERIOR MÁS 1 (UNO) CATÉTER TEMPORAL O PERMANENTE.	MENSUALMENTE. (DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DÍAS HÁBILES DE CADA MES)
EL KTV MENSUAL PARA EL PACIENTE ADULTO DEBE SER IGUAL O MAYOR A 1.2 Y URR IGUAL O MAYOR AL 65%.	MENSUALMENTE.

**NORMAS OFICIALES MEXICANAS, NORMAS INTERNACIONALES NORMAS DE REFERENCIA O ESPECIFICACIONES CUYO CUMPLIMIENTO SE EXIGE A “EL PRESTADOR DEL SERVICIO”, LICENCIAS, AUTORIZACIONES Y PERMISOS.**

- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 003-SSA3-2010, PARA LA PRÁCTICA DE LA HEMODIÁLISIS.

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada</b> <b>del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA</b> <b>ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA</b> <b>PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20</b> <b>Y UMAA)</b>
---	--	---

- **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
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-024-SSA3-2012**, SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE REGISTRO ELECTRÓNICO PARA LA SALUD. INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN SALUD, QUE ESTABLECE LOS OBJETIVOS FUNCIONALES Y FUNCIONALIDADES QUE DEBERÁN OBSERVAR LOS PRODUCTOS DE SISTEMAS DE EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO PARA GARANTIZAR LA INTEROPERABILIDAD, PROCESAMIENTO, INTERPRETACIÓN, CONFIDENCIALIDAD, SEGURIDAD Y USO DE ESTÁNDARES Y CATÁLOGOS DE LA INFORMACIÓN DE LOS REGISTROS ELECTRÓNICOS EN SALUD, DE FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL DOF 30/11/2012
  - **2000-001-006** NORMA QUE ESTABLECE LAS DISPOSICIONES GENERALES Y CRITERIO TÉCNICO MÉDICOS PARA LA PLANEACIÓN, CONTRATACIÓN, OBTENCIÓN Y CONTROL DE SERVICIOS SUBROGADOS DE ATENCIÓN MÉDICA DEL 6 DE MAYO DE 2010.
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, PROTECCIÓN AMBIENTAL-SALUD AMBIENTAL-RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS-CLASIFICACIÓN Y ESPECIFICACIONES DE MANEJO.
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-010-SSA2-2010**, PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-001-SEDE-2012**, INSTALACIONES ELÉCTRICAS
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-002-STPS-2010**, CONDICIONES DE SEGURIDAD-PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS EN LOS CENTROS DE TRABAJO
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-001-STPS-2008**, EDIFICIOS, LOCALES, INSTALACIONES Y ÁREAS EN LOS CENTROS DE TRABAJO-CONDICIONES DE SEGURIDAD
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-STPS-2008**, CONDICIONES DE ILUMINACIÓN EN LOS CENTROS DE TRABAJO
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-026-STPS-2008**, COLORES Y SEÑALES DE SEGURIDAD E HIGIENE, E IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS POR FLUIDOS CONDUCCIONADOS EN TUBERÍAS
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-029-STPS-2011**, MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS EN LOS CENTROS DE TRABAJO-CONDICIONES DE SEGURIDAD.
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-003-SEGOB-2011**, SEÑALES Y AVISOS PARA PROTECCIÓN CIVIL, COLORES, FORMAS Y SÍMBOLOS A UTILIZAR.
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-031-SSA3-2012**, PARA LA ASISTENCIA SOCIAL. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL A ADULTOS Y ADULTOS MAYORES EN SITUACIÓN DE RIESGO Y VULNERABILIDAD.
  - **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-223-SSA1-2003**: QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS ARQUITECTÓNICOS PARA FACILITAR EL ACCESO, TRANSITO, USO, Y PERMANENCIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA Y HOSPITALARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
  - 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 (COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS).
  - LICENCIA SANITARIA Y/O AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO ANTE LA COFEPRIS ACTUALIZADO DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DE HEMODIÁLISIS.
  - 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.
  - 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.
  - 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.
- LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ OFRECER LOS SIGUIENTES SERVICIOS AL PACIENTE:**
- A TODO PACIENTE AL QUE SE LE HAYA DETERMINADO LA PERMANENCIA EN EL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA SE LE DEBERÁ COLOCAR UN ACCESO VASCULAR PERMANENTE. LA TRANSICIÓN DEL ACCESO VASCULAR TEMPORAL A UN ACCESO VASCULAR DEFINITIVO, NO DEBERÁ SER MAYOR A LOS 3 (TRES) MESES DE HABER INGRESADO A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, SIENDO ÉSTE COLOCADO POR EL PROVEEDOR DEL SERVICIO, EL CUAL DEBERÁ ATENDER LAS COMPLICACIONES QUE SE PRESENTEN. EL PLAZO CONTARÁ A PARTIR DE LA

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO</p> <p>IMSS</p>	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p align="center">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p align="center">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p align="center">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p align="center">CONTRATO No. D22SEI2210</p> <p align="center"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p align="center">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	---

FECHA DE INGRESO A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA Y DE ACUERDO AL FORMATO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS 4-30-2/03.

- EL PRESTADOR DEL SERVICIO SUBROGADO SERÁ RESPONSABLE DE MANTENER UN ACCESO VASCULAR FUNCIONAL Y LIBRE DE COMPLICACIONES MÉDICAS EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES PARA CADA PACIENTE.
- UNA VEZ REGISTRADO EL PACIENTE EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, EL PRESTADOR DEL SERVICIO DEBERÁ MANTENER LOS ESTUDIOS ACTUALIZADOS PARA CADA PACIENTE CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL APARTADO DENOMINADO "2.1.4 POSTERIORMENTE, 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 2.1.8 **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 HÁBILES.
- 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.

**EN CADA PROCEDIMIENTO DE HEMODIÁLISIS, EN LAS ETAPAS PRE-, TRANS- Y POST- HEMODIÁLISIS, SE DEBERÁ DETERMINAR Y REGISTRAR POR CADA PACIENTE LO SIGUIENTE:**

- 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, K/TV, 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.
- EXPLORACIÓN FÍSICA CON ESPECIAL ÉNFASIS EN EL ACCESO VASCULAR.
- EVENTOS RELEVANTES Y COMPLICACIONES.
- MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS.
- 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 A LA ETIMSS 5640-023-004, MEDIANTE MENSAJERÍA HL7.
- ESTABLECER LOS MECANISMOS NECESARIOS PARA MANEJO DE IDENTIDAD, AL INICIAR Y FINALIZAR LA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS, DE ACUERDO A LA ETIMSS 5640-023-004.

**POSTERIORMENTE, LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ REALIZAR POR CADA PACIENTE LAS SIGUIENTES PRUEBAS DE LABORATORIO CON LA FRECUENCIA QUE A CONTINUACIÓN SE ESPECIFICA:**

EN FORMA MENSUAL: UREA O NITRÓGENO UREICO, BIOMETRÍA HEMÁTICA COMPLETA, GLUCOSA, CREATININA, ÁCIDO ÚRICO, SODIO, POTASIO, CLORO, CALCIO, FÓSFORO, TGO (SÓLO EN CASO DE PACIENTES SEROPOSITIVOS PARA HEPATITIS B O C).

- TRIMESTRAL: CINÉTICA DE HIERRO: FERRITINA, TRANSFERRINA, ALBÚMINA, PROTEÍNAS TOTALES.
- CUATRIMESTRAL: DETERMINACIÓN DE ANTÍGENO DE SUPERFICIE (HBS AG), ANTI HCV.
- SEMESTRAL: COLESTEROL, TRIGLICÉRIDOS, VIH.

PARA LO CUAL EL PRESTADOR DEL SERVICIO DEBERÁ PRESENTAR COPIA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO DEBIDAMENTE FIRMADO Y VIGENTE, O EN CASO DE CONTAR CON LABORATORIO PROPIO, COPIA DE LA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO DEL LABORATORIO CLÍNICO.

**LA ADECUACIÓN DE LA 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:
  - KTV MONOCOMPARTAMENTAL IGUAL O MAYOR DE 1.2
  - URR IGUAL O SUPERIOR AL 65%

**CONSTANCIAS CON LAS QUE DEBERÁ CONTAR EL PRESTADOR DEL SERVICIO**

- a) 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 (COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS).
- b) LICENCIA SANITARIA Y/O AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO ANTE LA COFEPRIS ACTUALIZADO DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DE HEMODIÁLISIS.
- c) 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

	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p align="center"><b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b></p> <p align="center"><b>Jefatura de Servicios Administrativos</b></p> <p align="center"><b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b></p>	<p align="center"><b>CONTRATO No. D22SEI2210</b></p> <p align="center"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b></p> <p align="center"><b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b></p>
---	---	--

- 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.
- d) 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. DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO VERIFICARÁ EN LA PÁGINA DE INTERNET DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL ([HTTP://WWW.CSG.GOB.MX/](http://www.csg.gob.mx/)), QUE LAS CLÍNICAS EN DONDE SE PRESTEN LOS SERVICIOS SE ENCUENTRE VIGENTE LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE HEMODIÁLISIS.
- e) 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.

**CRITERIOS ESPECIALES A SEGUIR POR LAS UNIDADES SUBROGADAS:**

- 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.
- 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.
- LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTREN CON HEPATITIS B O C Y 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.
- LOS PACIENTES CON HEPATITIS B Y C Y 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".
- EL MATERIAL DESECHABLE UTILIZADO EN LOS PROCEDIMIENTOS DE HEMODIÁLISIS, DEBERÁ SER EXCLUSIVO PARA CADA PACIENTE.
- EL LICITANTE DEBERÁ PRESENTAR ESCRITO LIBRE DONDE SEÑALE QUE CUMPLE CON LAS DISPOSICIONES DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, PROTECCIÓN AMBIENTAL-SALUD AMBIENTAL-RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS-CLASIFICACIÓN Y ESPECIFICACIONES DE MANEJO.
- 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 A CULTIVOS BACTERIOLÓGICOS REALIZADOS EN EL ÁREA.
- FUMIGAR TODAS LAS ÁREAS DE LA UNIDAD AL MENOS UNA VEZ AL MES, CON PLAGUICIDAS O PESTICIDAS Y EN SU CASO APLICAR SOLUCIONES BACTERICIDAS.
- 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.
- 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.
- 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 NUMERAL 2.1.4 DEL PRESENTE DOCUMENTO.

**RESPONSABILIDADES DE "EL INSTITUTO":**

- a) "EL INSTITUTO" A TRAVÉS DEL SERVICIO (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 Y CREATININA, ÁCIDO ÚRICO, SODIO, POTASIO, CALCIO, FÓSFORO TGO, TGP, PROTEÍNAS TOTALES, ALBÚMINA PANEL DE HEPATITIS B Y C, VIH Y PLACA DE TÓRAX.
- b) "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 DE LA PRESENTE CONVOCATORIA.
- c) "EL INSTITUTO", RATIFICARÁ LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO DE CADA PACIENTE, A TRAVÉS DE LA VERIFICACIÓN DE LA VIGENCIA DE DERECHOS ACTUALIZADA.
- d) "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.
- e) 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,

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO</p> <p>IMSS</p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p>Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p>CONTRATO No. D22SEI2210</p> <p>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	---	---

ININTERRUMPIDA A LO DESCRITO EN EL ANEXO T4 (T-CUATRO) CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, DE LA PRESENTE CONVOCATORIA.

- f) 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.
- g) PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSIÓN EN CASO NECESARIO Y PREVIA VALORACIÓN MÉDICA.
- h) EN EL CASO DE LOS ACCESOS VASCULARES EL INSTITUTO SERÁ RESPONSABLE DE ENVIAR AL PACIENTE A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA CON UN ACCESO VASCULAR TEMPORAL O DEFINITIVO FUNCIONAL.

**RESPONSABILIDADES DE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO":**

- PRESTAR EL SERVICIO SUBROGADO DE HEMODIÁLISIS EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS EN EL CONTRATO DEL CUAL RESULTE ADJUDICADO Y CONFORME A LO SEÑALADO EN LOS APARTADOS "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ DE CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES PUNTOS"; "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ OFRECER LOS SIGUIENTES SERVICIOS AL PACIENTE"; "EN CADA PROCEDIMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN LAS ETAPAS PRE- TRANS- Y POST- HEMODIÁLISIS, SE DEBERÁ DETERMINAR Y REGISTRAR POR CADA PACIENTE LO SIGUIENTE"; "POSTERIORMENTE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ REALIZAR POR CADA PACIENTE LAS SIGUIENTES PRUEBAS DE LABORATORIO CON LA FRECUENCIA QUE A CONTINUACIÓN SE ESPECIFICA"; "LA ADECUACIÓN DE LA HEMODIÁLISIS SE DEBERÁ REALIZAR MENSUALMENTE EN FORMA INDIVIDUALIZADA PARA CADA PACIENTE Y SE DEBERÁ DE CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS"; "CONSTANCIAS CON LAS QUE DEBERÁ CONTAR EL PRESTADOR DEL SERVICIO"; "CRITERIOS ESPECIALES A SEGUIR POR LAS UNIDADES SUBROGADAS"; "RESPONSABILIDADES DEL PRESTADOR DEL SERVICIO SUBROGADO"; "CANTIDAD DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS REQUERIDAS"; "CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS EN DONDE SE SUBROGARÁ EL SERVICIO"; "REQUISITOS DEL AGUA A UTILIZAR EN HEMODIÁLISIS"; "SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA" Y "LUGAR, PLAZO Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO".
- 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:
  - HIPOTENSIÓN ARTERIAL SEVERA, CUADRO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA AGUDA, DESCOMPENSACIÓN METABÓLICA AGUDA, BACTERIEMIA, ARRITMIAS CARDIACAS, ENFERMEDAD CEREBRAL VASCULAR EN FASE DE INSTALACIÓN Y CUALQUIER OTRA EVENTUALIDAD AGUDA QUE COMPROMETA LA INTEGRIDAD Y ESTABILIDAD HEMODINÁMICA DEL PACIENTE.
  - COMPLICACIONES DEL ACCESO VASCULAR TEMPORAL QUE SE DERIVEN:
    - 1.- DE LA MANIPULACIÓN DEL CATÉTER.
    - 2.- DISFUNCIÓN INHERENTE DEL CATÉTER.
    - 3.- GENERADAS DURANTE EL PROCESO DE HEMODIÁLISIS.
  - COMPLICACIONES DEL ACCESO VASCULAR DEFINITIVO QUE SE DERIVEN:
    - 1.- DE LA MANIPULACIÓN O CATETERIZACIÓN.
    - 2.- DISFUNCIÓN INHERENTE DEL ACCESO.
    - 3.- GENERADAS DURANTE EL PROCESO DE HEMODIÁLISIS.
- DEBERÁ NOTIFICAR A LA UNIDAD MÉDICA CORRESPONDIENTE DE "EL 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:
  - UN RESUMEN CLÍNICO DEL CASO;
  - DETALLE DE LA COMPLICACIÓN;
  - ATENCIÓN QUE SE BRINDÓ, Y
  - 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.
- 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.
- DARÁ LAS FACILIDADES NECESARIAS PARA QUE EL PERSONAL AUTORIZADO Y DESIGNADO POR "EL INSTITUTO" PUEDA HACER LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN REFERIDAS EN EL ANEXO T4 (T CUATRO).
- 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 REUSO DE DIALIZADORES DE FORMA AUTOMATIZADA.
- ES RESPONSABILIDAD ESTRUCTIVA DE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" 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. ES OBLIGATORIO PARA EL PROVEEDOR CONTAR CON EL REPORTE ORIGINAL DE LAS PRUEBAS REALIZADAS POR UN

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada</b> <b>del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA</b> <b>ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA</b> <b>PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20</b> <b>Y UMAA)</b>
---	--	---

LABORATORIO ACREDITADO, ANTES DEL INICIO Y EN OPERACIÓN CON LA PERIODICIDAD BIMESTRAL Y ANUAL CORRESPONDIENTE.

- 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".
- 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.
- PRESENTAR COPIA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO DEBIDAMENTE FIRMADO, O EN CASO DE CONTAR CON LABORATORIO PROPIO, COPIA DE LA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO DEL LABORATORIO CLÍNICO.

#### PERSONAL DE EL "EL PRESTADOR DEL SERVICIO"

- DEBERÁ AJUSTARSE A LO DESCRITO EN LA NOM-003-SSA3-2010 "PARA LA PRÁCTICA DE HEMODIÁLISIS", PARTICULARMENTE A LO DESCRITO EN EN CONTENIDO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURIDICO
- EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBERÁ SER UN MÉDICO ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA, CON CERTIFICADO DE ESPECIALIZACIÓN, CÉDULA PROFESIONAL, DEBIENDO ENCONTRARSE EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DURANTE LA PRÁCTICA DE LA MISMA.
- 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 NEFROLOGIA 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.
- 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.
- DEBERÁ REALIZARSE VACUNACIÓN PARA HEPATITIS B A LOS SERONEGATIVOS Y, DETERMINACIÓN DE ASPARTATOAMINOTRANSFERASA (AST), ANTÍGENO DE SUPERFICIE (HBS AG) Y ANTI-HVC CADA SEIS MESES.

#### INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y SUMINISTROS

##### ÁREA FÍSICA

CON BASE EN 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:

- a) LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS Y/O HOSPITALARIA EN LA QUE SE PRESTE EL SERVICIO DEBERÁ UBICARSE A UN MÁXIMO DE 4.5 KILÓMETROS DE LA UNIDAD HOSPITALARIA QUE REQUIERE EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DE ACUERDO AL ANEXO 2.
- b) EL ÁREA PARA CADA ESTACIÓN DE HEMODIÁLISIS DEBERÁ SER DE POR LO MENOS 1.5 X 2.0 MTS,
- c) CONSULTORIO,
- d) ÁREA DE RECEPCIÓN DE FÁCIL ACCESO A LOS PACIENTES,
- e) CENTRAL DE ENFERMERAS,
- f) ALMACÉN,
- g) ÁREA DE PRELAVADO Y DE TRATAMIENTO DE AGUA.
- h) SANITARIOS PARA PACIENTES, DIFERENCIADO PARA HOMBRES Y MUJERES.
- i) SANITARIOS PARA PERSONAL DE LA UNIDAD,
- j) CUARTO SÉPTICO,
- k) ÁREA ADMINISTRATIVA,
- l) SALA DE PROCEDIMIENTOS (EN CASO DE NO ENCONTRARSE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DENTRO DE UN HOSPITAL). AL MENOS DEBERÁ CONTAR CON LO DESCRITO EN LOS ESTÁNDARES DE ESTRUCTURA PARA LA AUTOEVALUACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE HEMODIÁLISIS VIGENTES EMITIDOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL VIGENTES.
- m) INSTALACIONES Y ACCESORIOS PROPIOS PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON CAPACIDADES DIFERENTES Y
- n) SALA DE ESPERA.

LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBERÁ CONTAR CON ÁREA FÍSICA ADECUADA EN CUANTO A LIMPIEZA, ESPACIO FÍSICO, ILUMINACIÓN Y TEMPERATURA AMBIENTAL REGULABLE.

##### CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO Y DE LOS BIENES DE CONSUMO

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO</p> <p>IMSS</p>	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p align="center">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p align="center">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p align="center">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p align="center">CONTRATO No. D22SEI2210</p> <p align="center"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL No. AA-050GYR006-E41-2022</b></p> <p align="center">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	---

- A. "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ AJUSTARSE A LO DESCRITO EN LA NOM-003-SSA3-2010 "PARA LA PRÁCTICA DE HEMODIÁLISIS".
- B. LOS BIENES DE CONSUMO SE DEBERÁN APEGAR A LO DESCRITO EN EL ANEXO T2 (T DOS).
- C. LAS MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS DEBERÁN APEGARSE AL CUADRO BÁSICO Y CATÁLOGO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MÉDICO VIGENTE, CLAVE 531.340.0169.
- D. LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBERÁ CONTAR CON MÁQUINAS EXCLUSIVAS Y EN ÁREA AISLADA PARA PACIENTES CON SEROPOSITIVIDAD A HEPATITIS B, C Y VIH.
- E. 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.  
NO DEBERÁN CONTENER LEYENDAS "ONLY EXPORT" NI "ONLY INVESTIGATION", SER MODELOS DESCONTINUADOS O DE USO NO AUTORIZADO EN EL PAÍS DE ORIGEN, CONTAR CON ALERTAS MÉDICAS TIPO I Y II QUE SEAN RECONOCIDAS POR ORGANISMOS INTERNACIONALES Y POR LAS DELEGACIONES 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 LICITANTE DEBE CONTAR CON EL ALTA O RESOLUCIÓN DE LA MISMA.
- F. DIALIZADOR DE FIBRA HUECA DE MEMBRANA SINTÉTICA O SEMISINTÉTICA, BIOCOMPATIBLES, ESPECÍFICOS PARA PACIENTES ADULTOS O PEDIÁTRICOS SEGÚN CORRESPONDA.
- G. ÁCIDO Y BICARBONATO EN CONCENTRACIONES DE ACUERDO A LOS EQUIPOS DE HEMODIÁLISIS PROPUESTOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
- H. LÍNEA ARTERIOVENOSA.
- I. AGUJAS FÍSTULA PARA PUNCIÓN DE ACCESO VENOSO Y ARTERIAL.
- J. CATÉTER TEMPORAL O PERMANENTE O INJERTO VASCULAR HETERÓLOGO.
- K. 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 REFERENCIADOS.

DEBERÁ ENTREGAR LOS MANUALES DE OPERACIÓN DE LA(S) MÁQUINA(S) DE HEMODIÁLISIS DEL MISMO MODELO CON QUE SE PRESTARÁ EL SERVICIO.

#### PROCESOS DE OPERACIÓN.

- "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ DE PRESENTAR COPIA SIMPLE DE LA LICENCIA SANITARIA EXPEDIDA POR LA COFEPRIS CON AUTORIZACIÓN PARA EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS Y/O AVISO DE FUNCIONAMIENTO.
- "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ DE PRESENTAR COPIA DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DE LA UNIDAD, EN DONDE SE MENCIONE TODO EL PROCESO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE.
- "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ DE PRESENTAR MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA, EN DONDE SE MENCIONE TODO EL PROCESO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE.

#### INMUEBLE

##### INSTALACIONES

- LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, DEBERÁN CONTAR CON:
  - ✓ SISTEMA DE ALARMA.
  - ✓ DETECTORES DE INCENDIO.
  - ✓ EXTINTORES.
  - ✓ SALIDAS DE EMERGENCIA.
  - ✓ ILUMINACIÓN DE EMERGENCIA.
  - ✓ PELÍCULA DE PROTECCIÓN EN CRISTALES: SÓLO SE EXIGIRÁ A AQUELLOS INMUEBLES QUE SE ENCUENTREN UBICADOS EN ZONAS DE ALTO RIESGO SÍSMICO Y DE CICLONES TROPICALES
  - ✓ RUTAS DE EVACUACIÓN.
  - ✓ RAMPAS DE ACCESO
  - ✓ PUNTOS DE REUNIÓN.
  - ✓ SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD
- "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ CONTAR CON LOS SIGUIENTES REQUERIMIENTOS (REVISADOS Y APROBADOS SEGÚN SEA EL CASO):
  - ✓ PROGRAMA INTERNO DE PROTECCIÓN CIVIL, APROBADO POR LA AUTORIDAD LOCAL (REFRENDADO ANUALMENTE).
  - ✓ VISTO BUENO DE PROTECCIÓN CIVIL (REFRENDADO ANUALMENTE).
  - ✓ VISTO BUENO DE BOMBEROS (SI LA AUTORIDAD ESTATAL O LOCAL LO REQUIERE Y EMITE).

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada</b> <b>del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA</b> <b>ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA</b> <b>PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20</b> <b>Y UMAA)</b>
---	--	---

- ✓ CERTIFICACIÓN O VALIDACIÓN ANUAL DE LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS, REALIZADAS POR PERITO RESPONSABLE ACREDITADO.
- ✓ CERTIFICADO DEL ESTADO DE LAS INSTALACIONES DE GAS, EMITIDO POR PERITO ACREDITADO O UNIDAD VERIFICADORA (REFRENDADO ANUALMENTE)
- ✓ CONTRATO VIGENTE DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE ALARMA.
- ✓ BITÁCORAS DE MANTENIMIENTO (INSTALACIONES ELÉCTRICAS, HIDROSANITARIAS, GAS, COMUNICACIÓN, EQUIPOS SUJETOS A PRESIÓN, ELEVADORES, ESCALERAS DE EMERGENCIA, EQUIPO CONTRA INCENDIO; ETC.).
- ✓ CONTRATO DEL SERVICIO DE SEGURIDAD VIGENTE.
- ✓ CERTIFICACIÓN ANUAL DEL MANTENIMIENTO Y RECARGA DE EXTINTORES.
- ✓ VALIDACIÓN ESTRUCTURAL DEL INMUEBLE, EMITIDO POR DIRECTOR RESPONSABLE DE OBRA O PERITO REGISTRADO EN LA ENTIDAD O MUNICIPIO
- ✓ LICENCIA DE USO DE SUELO.
- ✓ LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO.
- ✓ PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, QUE DEBERÁ RENOVARSE ANUALMENTE Y ESTAR VIGENTE DURANTE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO LEGAL CELEBRADO PARA EL OTORGAMIENTO DEL SERVICIO.
- ✓ CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN OTORGADA POR EMPRESA AUTORIZADA ANTE LA INSTANCIA DE PROTECCIÓN CIVIL CORRESPONDIENTE O POR LA AUTORIDAD LOCAL COMPETENTE. AL MENOS EL 60% DE TODO EL PERSONAL DEBE ESTAR CAPACITADO EN LOS CURSOS DE CONTROL Y COMBATE DE INCENDIOS Y DE PROCEDIMIENTOS DE EVACUACIÓN, ASIMISMO LOS INTEGRANTES DE LA UNIDAD INTERNA DE PROTECCIÓN CIVIL DEBERÁN CONTAR CON LA CAPACITACIÓN CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A SU TAREA

LAS CERTIFICACIONES O VALIDACIONES SERÁN REALIZADAS CONFORME A LO PREVISTO POR LA LEGISLACIÓN LOCAL O FEDERAL.

#### RIESGOS DE UBICACIÓN.

##### ➤ LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA NO DEBERÁ ESTAR:

- UBICADA A MENOS DE 150 METROS DE UNA GASOLINERA.
- INSTALADA A MENOS DE 150 METROS DE UNA ESTACIÓN DE GAS.
- ESTABLECIDA A MENOS DE 150 METROS DE FÁBRICAS, BODEGAS DE PRODUCTOS PELIGROSOS (PRINCIPALMENTE INFLAMABLES) Y OTRAS INDUSTRIAS RIESGOSAS (QUÍMICOS, TERMOELÉCTRICAS, ETC.).
- SITUADA A MENOS DE 100 METROS DE DUCTOS DE PEMEX (QUE CONDUZCAN SUSTANCIAS COMBUSTIBLES).
- UBICADA A MENOS DE 100 METROS DE DUCTOS DE GAS NATURAL.
- ESTABLECIDA A MENOS DE 100 METROS DE TORRES DE ALTA TENSIÓN O DUCTOS DE ELECTRICIDAD DE ALTA TENSIÓN.
- UBICADA CONTIGUA A PASTIZALES, ARBOLEDAS O BOSQUES CON POTENCIAL DE INCENDIO.
- CERCA DEL MAR, RÍO O PRESA QUE AL DESBORDARSE AFECTE LOS SERVICIOS DE LA UNIDAD DE SERVICIOS SUBROGADOS (TANTO EN LA FUNCIÓN DE LA UNIDAD COMO EN SU ACCESO).
- RADICADA EN ZONA DE ALTO RIESGO DE INUNDACIÓN.
- UBICADA EN INMEDIACIÓN DE CERROS O LADERAS QUE AL DESLAVARSE AFECTE LA FUNCIONALIDAD DE LA UNIDAD DE SERVICIOS SUBROGADOS (TANTO EN LA FUNCIÓN DE LA UNIDAD COMO EN SU ACCESO).
- SITUADA EN ZONA DE ALTA PROBABILIDAD DE BLOQUEO QUE IMPIDAN EL ACCESO A LA UNIDAD.

#### MEJORAS TECNOLÓGICAS

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DEBERÁ CONSIDERAR LA INCLUSIÓN DE MEJORAS TECNOLÓGICAS EN LOS EQUIPOS Y QUE ÉSTAS SEAN ACORDES CON LOS SERVICIOS CONTRATADOS, Y PODRÁ SUSTITUIR LOS EQUIPOS Y/O BIENES DE CONSUMO SEÑALADOS, DEBIENDO NOTIFICARLO A "EL INSTITUTO" A TRAVÉS DE LA JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS DE LA DELEGACIÓN O AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE PARA SU ANÁLISIS Y EN SU CASO AUTORIZACIÓN. POSTERIORMENTE, DEBERÁ ENTREGAR EL REGISTRO SANITARIO DEL EQUIPO Y BIENES DE CONSUMO A SUSTITUIR PARA SU EVALUACIÓN Y, DE SER ÉSTA POSITIVA, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" REALIZARÁ EL CAMBIO DEL EQUIPO Y BIENES DE CONSUMO A UTILIZAR EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

#### 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 DE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" 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

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada</b> <b>del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA</b> <b>ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA</b> <b>PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20</b> <b>Y UMAA)</b>
---	--	---

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 RESERVOIRIO Y UNA DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS QUE ESTÉ UBICADA AL FINAL DE LA RED DE SUMINISTRO DE AGUA TRATADA. EN CASO DE QUE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS NO CUENTE CON RESERVOIRIO 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.

**SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ PROPORCIONAR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA EL CUAL DEBE CUBRIR LA FUNCIONALIDAD MÍNIMA ESTABLECIDA EN LA "ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE HEMODIÁLISIS EXTRAMUROS 5640-023-004" (ETIMSS) LA CUAL INCLUYE EL FLUJO DE INFORMACIÓN DENTRO DEL SERVICIO Y LA COMUNICACIÓN HACIA LOS SISTEMAS DEL INSTITUTO PARA EL USO DE IDENTIDAD E INFORMACIÓN CLÍNICA.

LA ETIMSS 5640-023-004 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](http://COMPRAS.IMSS.GOB.MX/?P=PROVINFO)

COMO ELEMENTO ADICIONAL, EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DEBERÁ PERMITIR AL JEFE DE SERVICIO DE LA UNIDAD, 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 DE LA COORDINACIÓN DE DESARROLLO DE SOLUCIONES PARA LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD (CDSSIS), UBICADAS EN LA CALLE DE TOKIO 80, 4° PISO, COL JUÁREZ, DEL. CUAUHTÉMOC, MÉXICO D.F. C.P. 06600 O DONDE EL INSTITUTO DESIGNE

CUALESQUIERA AVANCES TECNOLÓGICOS DE RELEVANCIA A CONSIDERACIÓN DEL INSTITUTO EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, PROGRAMAS DE CÓMPUTO ASOCIADOS, LOS EQUIPOS DE CÓMPUTO, PERIFÉRICOS, LECTORES DE CÓDIGOS DE BARRAS Y BIOMÉTRICOS PARA EL USO DE IDENTIDAD, SERÁN INSTALADOS DE INMEDIATO EN EL PLAZO QUE ESTABLECERÁ EL INSTITUTO PARA PONERLOS EN VIGENCIA, ESTANDO OBLIGADO EL PROVEEDOR A REALIZAR LOS CAMBIOS QUE SEAN NECESARIOS A CONSIDERACIÓN DEL INSTITUTO PARA PERMITIR LA CONTINUIDAD DE LA OPERACIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

**EQUIPO DE CÓMPUTO Y PERIFÉRICOS PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN**

PARA EL USO DE IDENTIDAD SE REQUIERE QUE EL LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS SEA COMPATIBLE CON EL ESTÁNDAR UTILIZADO EN LAS CREDENCIALES DE "EL INSTITUTO". EL LECTOR DE HUELLA DIGITAL PARA EL BIOMÉTRICO QUE SERÁ UTILIZADO PARA COMPROBAR LA IDENTIDAD DEL PACIENTE.

**PUESTA A PUNTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN**

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" ADJUDICADO DEBE LLEVAR A CABO LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN, DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS NECESARIOS PARA EL MANEJO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE, DENTRO DE LOS 3 (TRES) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO.

PARA ACREDITAR ESTE PUNTO "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ PRESENTAR UN PROYECTO DEL SISTEMA INFORMÁTICO MÉDICO ADMINISTRATIVO QUE OFREZCA LA VINCULACIÓN CON LA BASE DE DATOS CENTRAL DE "EL INSTITUTO".

EXISTIRÁ UN PERIODO DE TRANSICIÓN PARA "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" QUE NO CUENTE CON SISTEMA DE INFORMACIÓN Y MENSAJERÍA HL7 CERTIFICADO DE ACUERDO A LA ETIMSS 5640-023-004 REVISIÓN 2015; ESTE PERIODO COMPRENDE 3 (TRES) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO, DURANTE EL CUAL "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ ENVIAR LA INFORMACIÓN DE LAS SESIONES OTORGADAS:

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO</p> <p>IMSS</p>	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p align="center">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p align="center">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p align="center">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p align="center">CONTRATO No. D22SEI2210</p> <p align="center"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p align="center">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	---

A) PARA "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" CON SISTEMA CERTIFICADO DE ACUERDO A LA ETIMSS 5640-023-004 REVISIÓN 2011, MEDIANTE MENSAJERÍA HL7.

B) PARA "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" QUE NO TIENEN SISTEMA CERTIFICADO DE ACUERDO A LA ETIMSS 5640-023-004 REVISIÓN 2011, MEDIANTE UN ARCHIVO DE TEXTO DE ACUERDO AL FORMATO ESTABLECIDO EN EL ANEXO TI 8 (TI OCHO) REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR POR EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL PROVEEDOR, PARA EL REGISTRO DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS.

"EL INSTITUTO" PROPORCIONARÁ LA INTERFAZ PARA RECIBIR LOS ARCHIVOS DE TEXTO POR PARTE DE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO".

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SERÁ RESPONSABLE DE PROVEER LA CONEXIÓN DE INTERNET EN LA UNIDAD MÉDICA SUBROGADA PARA EL ENVÍO DE INFORMACIÓN A "EL INSTITUTO", DE ACUERDO A LOS ESTÁNDARES DE SEGURIDAD ESTABLECIDOS EN LA ETIMSS 5640-023-004.

#### CERTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

LA COORDINACIÓN DE DESARROLLO DE SOLUCIONES PARA LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD (CDSSIS), DEPENDIENTE DE LA DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO (DIDT), VERIFICARÁ LA FUNCIONALIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA SU APROBACIÓN.

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ ENTREGAR COMO PARTE DE SU PROPUESTA TÉCNICA UNA CARTA COMPROMISO DE QUE ESTÁ ENTERADO DE LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y SE COMPROMETE A CUMPLIR CON EL APARTADO PUESTA A PUNTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ESTE DOCUMENTO DE ACUERDO CON EL ANEXO TI 8 (TI OCHO) CARTA DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" ESTABLECERÁ CONTACTO CON LA DISTSS, DEPENDIENTE DE LA CDSSIS, DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE EMISIÓN DEL FALLO, CUMPLIENDO CON LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- a) FIRMA DE ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD
- b) DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS
- c) DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE
- d) PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD

A) FIRMA DE ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE COMPROMETE CON "EL INSTITUTO" A FIRMAR UN ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD, ANEXO TI 12 (TI DOCE) ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD, EN EL CUAL SE ESTABLECE QUE EN NINGÚN MOMENTO Y BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA PODRÁ HACER USO DE LA INFORMACIÓN PUESTA A SU DISPOSICIÓN O GENERADA DURANTE Y POSTERIOR A LA VIGENCIA DE ESTE CONTRATO PARA UN FIN DISTINTO AL ESTABLECIDO EN SU OBJETO Y EN 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.

B) DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ NOTIFICAR LOS DATOS DE CONTACTO DE LA PERSONA RESPONSABLE DE ESTABLECER COMUNICACIÓN CON EL INSTITUTO PARA TODO LO REFERENTE AL SISTEMA DE INFORMACIÓN, ANEXO TI 13 (TI TRECE) "DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS", LA CUAL DEBE MANTENER UNA RELACIÓN LABORAL CON LA EMPRESA A QUIEN SE ADJUDICA EL CONTRATO DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL.

C) DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DEBERÁ NOTIFICAR EL(LOS) SISTEMA(S) DE INFORMACIÓN QUE PROPONE IMPLANTAR EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS Y LA EMPRESA QUE LE DARÁ SOPORTE, ANEXO TI 14 (TI CATORCE) "DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE".

D) PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD

LA PRUEBA DE FUNCIONALIDAD Y MENSAJES DE HL7 VERSIÓN 3.0, SE REALIZARÁ EN LAS OFICINAS DE LA CDSSIS, O DONDE "EL INSTITUTO" DESIGNE. "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SOLICITARÁ UNA CITA A LA DISTSS MEDIANTE UN ESCRITO LIBRE EN HOJA MEMBRETADA DE LA EMPRESA, EL CUAL SE ENTREGARÁ EN EL ÁREA DE GESTIÓN DE CORRESPONDENCIA DE LA DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO (DIDT), UBICADA EN TOKIO 80, 5TO. PISO, COL JUÁREZ, DEL. CUAUHTÉMOC, MÉXICO D.F. C.P. 06600.

	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p align="center"><b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b></p> <p align="center"><b>Jefatura de Servicios Administrativos</b></p> <p align="center"><b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b></p>	<p align="center"><b>CONTRATO No. D22SEI2210</b></p> <p align="center"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b></p> <p align="center"><b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b></p>
---	---	--

LA PRUEBA FINAL EN SITIO, SE REALIZARÁ UNA VEZ APROBADO EL PUNTO ANTERIOR EN LA UNIDAD MÉDICA ADJUDICADA QUE "EL INSTITUTO" DESIGNE DE ACUERDO CON EL CALENDARIO DE DESPLIEGUE, PREVIAMENTE ACORDADO CON LAS UNIDADES MÉDICAS, CON LA VERSIÓN APROBADA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN OPERACIÓN DURANTE 24 (VEINTICUATRO) HORAS NATURALES. ESTA DEBERÁ SER SOLICITADA A LA DISTSS, MEDIANTE UN ESCRITO LIBRE EN HOJA MEMBRETADA DE LA EMPRESA, EL CUAL SE ENTREGARÁ EN EL ÁREA DE GESTIÓN DE CORRESPONDENCIA DE LA DIDT, UBICADA EN TOKIO 80, 5TO. PISO, COL JUÁREZ, DEL. CUAUHTÉMOC, MÉXICO D.F. C.P. 06600.

UNA VEZ QUE LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y MENSAJERÍA SON APROBADAS POR LA DISTSS Y EL SISTEMA QUEDA CERTIFICADO POR LA MISMA, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" PROPORCIONARÁ UN CALENDARIO DE DESPLIEGUE DEL SISTEMA EVALUADO CONSIDERANDO TODAS LAS UNIDADES MÉDICAS INCLUIDAS EN LOS CONTRATOS, EN UN PLAZO NO MAYOR A 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA FECHA DE APROBACIÓN.

"EL INSTITUTO" A TRAVÉS DE LA DISTSS, LA CDI Y/O LOS ADMINISTRADORES DEL CONTRATO SE RESERVAN EL DERECHO DE EVALUAR CUALQUIERA DE LAS UNIDADES MÉDICAS INCLUIDAS EN EL CONTRATO PARA CONFIRMAR QUE LA VERSIÓN EVALUADA DEL SISTEMA SEA LA INSTALADA EN LOS EQUIPOS DE CÓMPUTO QUE ADMINISTRAN DICHS PROCESOS, TENIENDO EN CUENTA QUE EL INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" ACTIVARÁ LOS SUPUESTOS DE PENAS CONVENCIONALES Y/O DEDUCCIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO.

"EL INSTITUTO" A TRAVÉS DE LA DISTSS, LA CDI Y/O LOS ADMINISTRADORES DEL CONTRATO, SE RESERVAN EL DERECHO DE EVALUAR CUALQUIERA DE LAS UNIDADES MÉDICAS INCLUIDAS EN EL CONTRATO Y EN CASO DE DETECTAR UN COMPORTAMIENTO IRREGULAR EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN QUE ADMINISTRAN DICHS PROCESOS, SE PODRÁ REVOCAR EL CERTIFICADO DEL SISTEMA, TENIENDO EN CUENTA QUE EL INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" ACTIVARÁ LOS SUPUESTOS DE PENAS CONVENCIONALES Y/O DEDUCCIONES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

UNA VEZ CERTIFICADO EL SISTEMA DE INFORMACIÓN, EN CASO DE QUE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" REQUIERA REALIZAR POSTERIORMENTE UNA ACTUALIZACIÓN, DEBERÁ SEGUIR EL PROCESO DE LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y SE COMPROMETE A CUMPLIR CON ESTE APARTADO, PARA LOGRAR LA CERTIFICACIÓN DE ESTA NUEVA VERSIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN, ANTES DE IMPLANTARLO EN SUS UNIDADES.

**REGISTRÓ DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS EN EL SISTEMA**

LAS SESIONES DE HEMODIÁLISIS DEL MES DEBERÁN SER REGISTRADAS EN EL SISTEMA, CUMPLIENDO CON TODOS LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL ANEXO T15 (TI CINCO) (ETIMSS), 5640-023-004 ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE HEMODIÁLISIS EXTRAMUROS (INCLUYENDO LA VALIDACIÓN DEL BIOMÉTRICO) Y ENVIADAS A LA BASE DE DATOS CENTRAL DE "EL INSTITUTO".

**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, DELEGACIÓN O ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, CON APEGO A LO DESCRITO EN EL ANEXO T 4 (T-CUATRO) CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEL PRESENTE CONTRATO, CON EL OBJETO DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES REQUERIDAS Y DE LA NOM-003-SSA3-2010 "PARA LA PRÁCTICA DE HEMODIÁLISIS". CABE RESALTAR QUE MIENTRAS NO SE CUMPLA CON LAS CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ESTABLECIDAS EN ESTE DOCUMENTO, "EL INSTITUTO" NO DARÁ POR ACEPTADO EL SERVICIO Y SE APLICARÁN LAS PENAS CONVENCIONALES O DEDUCCIONES CORRESPONDIENTES, EL JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS LOS ÓRGANOS DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL PUEBLA Y DIRECTOR MÉDICO EN LAS UNIDADES MÉDICAS SERÁN LOS ENCARGADOS DE NOTIFICAR POR ESCRITO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICO MÉDICAS SOLICITADAS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

ESTE SERVICIO SE REGISTRARÁ EN LOS MISMOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PACTADAS EN LA LICITACIÓN PÚBLICA LA-050GYR006-E319-2021, LLEVADA A CABO POR "EL INSTITUTO" PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA Y A LA COTIZACIÓN ENVIADA AL ÁREA REQUERENTE EL DÍA 25 DE ENERO DEL 2022, YA QUE SE TRATA DE UNA CONTRATACIÓN CON FUNDAMENTO AL ARTÍCULO 41 FRACCIÓN II DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, LA CONTRATACIÓN SERÁ PARA ATENDER NECESIDADES DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 AL 19 DE FEBRERO DEL 2022.

**QUINTA.- VIGENCIA.-** LAS PARTES CONVIENEN EN QUE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO COMPRENDERÁ DEL 01 AL 19 DE FEBRERO DE 2022.

**SEXTA.- PROHIBICIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES.-** "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE OBLIGA A NO CEDER EN FORMA PARCIAL NI TOTAL, A FAVOR DE CUALQUIER OTRA PERSONA FÍSICA O MORAL, LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO.

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada</b> <b>del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA</b> <b>ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA</b> <b>PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20</b> <b>Y UMAA)</b>
---	--	---

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SÓLO PODRÁ CEDER LOS DERECHOS DE COBRO QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO, PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE "EL INSTITUTO", PARA LO CUAL DEBERÁ PRESENTAR LA SOLICITUD CORRESPONDIENTE DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS NATURALES ANTERIORES A LA FECHA DE PAGO PROGRAMADA, A LA QUE DEBERÁ ADJUNTAR UNA COPIA DE LOS CONTRA-RECIBOS CUYO IMPORTE SE CEDE, ADEMÁS DE LOS DOCUMENTOS SUSTANTIVOS DE DICHA CESIÓN.

**SÉPTIMA.- RESPONSABILIDAD.-** "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE OBLIGA A RESPONDER POR SU CUENTA Y RIESGO DE LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS QUE POR INOBSERVANCIA O NEGLIGENCIA DE SU PARTE, LLEGUEN A CAUSAR A "EL INSTITUTO" Y/O A TERCEROS, CON MOTIVO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS EN ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 53 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

**OCTAVA.- IMPUESTOS Y/O DERECHOS.-** LOS IMPUESTOS Y DERECHOS QUE PROCEDAN CON MOTIVO DE LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, SERÁN PAGADOS POR "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" CONFORME A LA LEGISLACIÓN APLICABLE EN LA MATERIA.

"EL INSTITUTO" SÓLO CUBRIRÁ EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LAS DISPOSICIONES FISCALES VIGENTES EN LA MATERIA.

**NOVENA.- PATENTES Y/O MARCAS.-** "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE OBLIGA PARA CON "EL INSTITUTO", A RESPONDER POR LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS QUE PUDIERA CAUSAR A "EL INSTITUTO" Y/O A TERCEROS, SI CON MOTIVO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SE VIOLAN DERECHOS DE AUTOR, DE PATENTES Y/O MARCAS U OTRO DERECHO RESERVADO A NIVEL NACIONAL O INTERNACIONAL.

POR LO ANTERIOR, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" MANIFIESTA EN ESTE ACTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, NO ENCONTRARSE EN NINGUNO DE LOS SUPUESTOS DE INFRACCIÓN A LA LEY FEDERAL DE DERECHOS DE AUTOR, NI A LA LEY DE LA PROPIEDAD INDUSTRIAL.

EN CASO DE QUE SOBREVINIERA ALGUNA RECLAMACIÓN EN CONTRA DE "EL INSTITUTO" POR CUALQUIERA DE LAS CAUSAS ANTES MENCIONADAS, LA ÚNICA OBLIGACIÓN DE ÉSTE SERÁ LA DE DAR AVISO EN EL DOMICILIO PREVISTO EN ÉSTE INSTRUMENTO A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO", PARA QUE ÉSTE LLEVE A CABO LAS ACCIONES NECESARIAS QUE GARANTICEN LA LIBERACIÓN DE "EL INSTITUTO" DE CUALQUIER CONTROVERSIA O RESPONSABILIDAD DE CARÁCTER CIVIL, MERCANTIL, PENAL O ADMINISTRATIVA QUE, EN SU CASO, SE OCASIONE.

**DÉCIMA.- GARANTÍAS.-** "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE OBLIGA A OTORGAR A "EL INSTITUTO", LAS GARANTÍAS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN:

- a) CON BASE A LO ESTABLECIDO EN EL NUMERAL 5.5.5.1 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL IMSS, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE OBLIGA A OTORGAR, DENTRO DE UN PLAZO DE DIEZ DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FIRMA DE ESTE INSTRUMENTO, UNA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO, MEDIANTE FIANZA DIVISIBLE EXPEDIDA POR COMPAÑÍA AUTORIZADA EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS, Y 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, Y SE APLICARÁ DE MANERA PROPORCIONAL AL MONTO DE LAS OBLIGACIONES INCUMPLIDAS.
- b) DE ACUERDO A LO INDICADO EN EL NUMERAL 5.5.5.2 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE "EL INSTITUTO", EN EL SUPUESTO DE QUE EL MONTO DEL CONTRATO ADJUDICADO SEA IGUAL O MENOR A 900 VECES LA UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN (UMA), "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE OBLIGA A OTORGAR, DENTRO DE UN PLAZO DE DIEZ DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FIRMA DE ESTE INSTRUMENTO, UNA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO, MEDIANTE CHEQUE CERTIFICADO, 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:
  - EL CHEQUE DEBE EXPEDIRSE A NOMBRE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
  - DICHO CHEQUE DEBERÁ SER RESGUARDADO, A TÍTULO DE GARANTÍA, EN LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DELEGACIONAL.
  - EL CHEQUE 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 DE "EL INSTITUTO" DEBERÁ HACERSE A MÁS TARDAR EL TERCER DÍA HÁBIL POSTERIOR A AQUÉL EN QUE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DÉ AVISO DE LA CONCLUSIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO.

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada</b> <b>del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA</b> <b>ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA</b> <b>PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20</b> <b>Y UMAA)</b>
---	--	---

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" QUEDA OBLIGADO A ENTREGAR A "EL INSTITUTO" LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO, EN LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO, SITA EN CALLE 5 DE FEBRERO OTE. NO. 107, SAN FELIPE HUEYOTLIPAN, C.P. 72030, PUEBLA, PUE.

CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL NUMERAL 5.5.5.5 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE "EL INSTITUTO", LA PÓLIZA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO PERMANECERÁ EN "EL INSTITUTO" HASTA QUE PROCEDA SU LIBERACIÓN, O EN SU CASO HACERLA EFECTIVA POR INCUMPLIMIENTO DE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" PARA TAL EFECTO, SE SOLICITARA POR ESCRITO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO RATIFIQUE Y/O EXPRESE EN UN TÉRMINO NO MAYOR A TREINTA DÍAS NATURALES, SI "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" HA CUMPLIDO, EN TIEMPO Y FORMA, Y A ENTERA SATISFACCIÓN DEL IMSS, CON LA TOTALIDAD DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

DICHA PÓLIZA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO SERÁ DEVUELTA A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" 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 PRESTADOR DEL SERVICIO", SIEMPRE QUE DEMUESTRE HABER CUMPLIDO CON LA TOTALIDAD DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO.

EL ÁREA CONTRATANTE A SU VEZ, SOLICITARÁ MEDIANTE OFICIO DIRIGIDO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, EXPRESE EN UN TÉRMINO NO MAYOR A TREINTA DÍAS NATURALES, SI "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" HA CUMPLIDO, EN TIEMPO Y FORMA A ENTERA SATISFACCIÓN DE "EL INSTITUTO" CON LA TOTALIDAD DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

PREVIA CONFIRMACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA TOTALIDAD DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES PACTADAS, LA PÓLIZA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO SERÁ DEVUELTA A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" MEDIANTE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO, CON EL FIN DE QUE PUEDA TRAMITAR ANTE LA AFIANZADORA CORRESPONDIENTE SU CANCELACIÓN.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 45 FRACCIÓN XI DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 81 FRACCIÓN II DE SU REGLAMENTO, LA APLICACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO SERÁ POR EL MONTO PROPORCIONAL DE LAS OBLIGACIONES INCUMPLIDAS, POR LO QUE LAS OBLIGACIONES DEL PRESENTE CONTRATO SON DIVISIBLES.

**DÉCIMA PRIMERA.- EJECUCIÓN DE LA PÓLIZA DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO.- "EL INSTITUTO" LLEVARA A CABO LA EJECUCIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CUANDO:**

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

**DÉCIMA SEGUNDA.- PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.- DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 53 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, "EL INSTITUTO", APLICARÁ UNA PENA CONVENCIONAL POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO EN EL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, EN CADA UNO DE LOS SUPUESTOS SIGUIENTES:**

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA
REPORTE ORIGINAL POR UN LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA DE DIÁLISIS" DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-003-SSA3-2010  LA UNIDAD EN FUNCIONAMIENTO, DEBERÁ CONTAR CON UN RESULTADO DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO EN LA ENTREGA DEL REPORTE RESULTADOS DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM 003-SSA3-2010	2.5% DIARIO SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN INCLUIR EL IVA	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD O JEFE DE SERVICIO O DIRECTOR MÉDICO EN UMAE	EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO DESIGNADO.
REPORTE ORIGINAL POR UN LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL "AGUA	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO EN LA ENTREGA DEL REPORTE RESULTADOS QUÍMICOS.	2.5% DIARIO SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN INCLUIR	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD	EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO DESIGNADO.

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
---	--	---

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA
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.	DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM 003-SSA3-2010	EL IVA	O JEFE DE SERVICIO O DIRECTOR MÉDICO EN UMAE	
EL LICITANTE ADJUDICADO ESTABLECERÁ CONTACTO CON LA DIVISIÓN DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DIGITAL DE LA SALUD (DSDICDS), DEPENDIENTE DE LA CSDISA, A EFECTO DE ESTABLECER LA ESTRATEGIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS SIGUIENTES PUNTOS: FIRMA DEL ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS a) DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE b) SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO ESTABLECIDO DE LOS DIEZ DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA DE EMISIÓN DEL FALLO.	1%, SOBRE EL VALOR QUE REPRESENTA EL COSTO DE LAS SESIONES REALIZADAS EN MES DE INCIDENCIA, SIN INCLUIR EL IVA.	DIVISIÓN DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DIGITAL DE LA SALUD (DSDICDS)	EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO DESIGNADO.
INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN, DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS NECESARIOS PARA EL OTORGAMIENTO DE DEL SERVICIO	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO DE LOS 45 (CUARENTA Y CINCO) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO.	2.5% DIARIO SOBRE EL VALOR QUE REPRESENTA EL COSTO DE LAS SESIONES SOLICITADAS EN EL MES DE INCIDENCIA, SIN INCLUIR EL IVA.	DIVISIÓN DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DIGITAL DE LA SALUD (DSDICDS), COORDINADOR DELEGACIONAL DE INFORMÁTICA O JEFE DE DIVISIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO DESIGNADO.
EL LICITANTE PROPORCIONARÁ 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 5 (CINCO) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA FECHA DE APROBACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN	1.5%, SOBRE EL VALOR QUE REPRESENTA EL COSTO DE LAS SESIONES REALIZADAS EN MES DE INCIDENCIA, SIN INCLUIR EL IVA.	DIVISIÓN DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DIGITAL DE LA SALUD (DSDICDS)	EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO DESIGNADO.
REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LA SESIÓN REALIZADA, EN LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO, CONFORME A LA (ETIMSS), 5640-023-004 ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE HEMODIÁLISIS EXTRAMUROS, NECESARIO PARA LA TRANSMISIÓN DE DATOS A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO ESTABLECIDO DE LAS 24 HORAS POSTERIORES AL OTORGAMIENTO DE LA SESIÓN	2.5% DIARIO SOBRE EL VALOR TOTAL DE LOS SESIONES OTORGADAS, NO REGISTRADAS Y NO TRANSMITIDAS EN EL LAPSO ESTABLECIDO A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO, SIN INCLUIR EL IVA.	COORDINADOR DELEGACIONAL DE INFORMÁTICA (CDI) O JEFE DE DIVISIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA	EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO DESIGNADO.

EL PAGO DE LOS SERVICIOS QUEDARÁ CONDICIONADO, PROPORCIONALMENTE AL PAGO QUE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" 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 DE "EL INSTITUTO".

EL ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ EL ENCARGADO DE DETERMINAR, CALCULAR Y NOTIFICAR A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" LAS PENAS CONVENCIONALES; ASÍ COMO DE VIGILAR EL REGISTRO O CAPTURA Y VALIDAR EN EL SISTEMA PREI MILLENIUM, DENTRO DE LOS 5 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA CONCLUSIÓN DEL INCUMPLIMIENTO, 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 PRESTADOR DEL SERVICIO", POR LO TANTO "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" 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 INSTITUTO" DURANTE EL PERÍODO EN QUE INCURRA Y/O SE MANTENGA EL INCUMPLIMIENTO CON MOTIVO DEL SUMINISTRO DE LOS SERVICIOS.

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada</b> <b>del IMSS en Puebla</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA</b> <b>ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b>
	<b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>	<b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA</b> <b>PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20</b> <b>Y UMAA)</b>
	<b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	

PARA AUTORIZAR EL PAGO DE LOS SERVICIOS, PREVIAMENTE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" 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, DENTRO DE LOS 5 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA CONCLUSIÓN DEL INCUMPLIMIENTO.

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.

**DEDUCTIVAS:** 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 Y/O BIENES CON MOTIVO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFICIENTE EN QUE PUDIERA INCURRIR "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" RESPECTO DE LAS PARTIDAS O CONCEPTOS QUE INTEGRAN EL PRESENTE 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 NO PRESTADOS OPORTUNAMENTE 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 NOTIFICARÁ A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" LAS DEDUCCIONES QUE EN SU CASO SE HAYA HECHO ACREEDOR.

LAS DEDUCCIONES POR DEFICIENCIAS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, SE APLICARÁN DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA PARA LA DEDUCCIÓN	DEDUCCIÓN	LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO MOTIVO DE RESCISIÓN DEL CONTRATO	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA DEDUCCIÓN
LA TRANSICIÓN DEL ACCESO VASCULAR TEMPORAL POR UN ACCESO VASCULAR DEFINITIVO PARA LOS PACIENTES CON PERMANENCIA EN EL PROGRAMA, NO DEBERÁ SER POR UN TIEMPO MAYOR DE:	3 (TRES) MESES DE HABER INGRESADO A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA.	FALTA EN EL CAMBIO. A ALGÚN PACIENTE(S) DEL ACCESO VASCULAR TEMPORAL POR EL DEFINITIVO EN EL PLAZO ESTABLECIDO	EL 5% SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL MÁS EL IVA, CUANDO OCURRA QUE A ALGÚN PACIENTE(S) NO SE LE HAYA REALIZADO EL CAMBIO	EL LÍMITE DE LA DEDUCCIÓN SERÁ DE HASTA EL 10% DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN COAD O JEFE DE SERVICIO O DIRECTOR MÉDICO EN UMAE	EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO DESIGNADO.
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	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 MÁS 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 COAD O JEFE DE SERVICIO O DIRECTOR MÉDICO EN UMAE	EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO DESIGNADO.
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	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-003-SSA3-2010 Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AAMI.	5% SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL MÁS 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 COAD O JEFE DE SERVICIO O DIRECTOR MÉDICO EN UMAE	EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO DESIGNADO.

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-060GYR006-E41-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
---	--	---

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA PARA LA DEDUCCIÓN	DEDUCCIÓN	LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO MOTIVO DE RESCISIÓN DEL CONTRATO	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA DEDUCCIÓN
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	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	POR CADA DÍA NATURAL A PARTIR DE LA FECHA EN QUE DEBIO SER ENTREGADA LA TOTALIDAD DE DOTACIÓN DE CATÉTERES.	2.5% DIARIO, SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN INCLUIR IVA	EL LÍMITE DE LA DEDUCCIÓN SERÁ DE HASTA EL 10% DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO MÉDICO	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN COAD O JEFE DE SERVICIO O DIRECTOR MÉDICO EN UMAE	EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO DESIGNADO.

EL ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ EL ENCARGADO DE REALIZAR EL TRÁMITE DE LA APLICACIÓN DE LAS DEDUCCIONES, OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO Y DE COMUNICAR LOS INCUMPLIMIENTOS CUANDO ASÍ LO AMERITE EL CASO.

"EL PRESTADOR DEL SERVICIO" AUTORIZA A DESCONTAR LAS CANTIDADES QUE RESULTEN DE APLICAR LAS SANCIONES SEÑALADAS EN PÁRRAFOS ANTERIORES, SOBRE LOS PAGOS QUE A ÉL DEBERÁN DE CUBRIRSE, DURANTE EL PERÍODO EN QUE INCURRA Y/O SE MANTENGA EL INCUMPLIMIENTO CON MOTIVO DEL SUMINISTRO DE LOS BIENES Y/O PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

"EL INSTITUTO" DESCONTARÁ LAS CANTIDADES QUE RESULTEN DE APLICAR LAS DEDUCCIONES, SOBRE LOS PAGOS QUE DEBA CUBRIR A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO".

**DÉCIMA TERCERA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA.-** DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 54 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, "EL INSTITUTO" PODRÁ DAR POR TERMINADO ANTICIPADAMENTE EL PRESENTE CONTRATO SIN RESPONSABILIDAD PARA ÉSTE Y SIN NECESIDAD DE QUE MEDIE RESOLUCIÓN JUDICIAL ALGUNA, CUANDO CONCURRAN RAZONES DE INTERÉS GENERAL, O BIEN, CUANDO POR CAUSAS JUSTIFICADAS SE EXTINGA LA NECESIDAD DE REQUERIR LOS BIENES OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, Y SE DEMUESTRE QUE DE CONTINUAR CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS SE OCASIONARÍA ALGÚN DAÑO O PERJUICIO A "EL INSTITUTO" O SE DETERMINE LA NULIDAD TOTAL O PARCIAL DE LOS ACTOS QUE DIERON ORIGEN AL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, CON MOTIVO DE LA RESOLUCIÓN DE UNA INCONFORMIDAD EMITIDA POR LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA.

EN ESTOS CASOS "EL INSTITUTO" REEMBOLSARÁ A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" LOS GASTOS NO RECUPERABLES EN QUE HAYA INCURRIDO, SIEMPRE QUE ESTOS SEAN RAZONABLES, ESTÉN COMPROBADOS Y SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

**DÉCIMA CUARTA.- RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO.-** "EL INSTITUTO" PODRÁ RESCINDIR ADMINISTRATIVAMENTE EL PRESENTE CONTRATO EN CUALQUIER MOMENTO, CUANDO "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" INCURRA EN INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO, DE CONFORMIDAD CON EL PROCEDIMIENTO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 54 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO. "EL INSTITUTO" PODRÁ SUSPENDER EL TRÁMITE DEL PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN, CUANDO SE HUBIERA INICIADO UN PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN RESPECTO DEL CONTRATO MATERIA DE LA RESCISIÓN.

**DÉCIMA QUINTA.- CAUSAS DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO.-** "EL INSTITUTO" PODRÁ RESCINDIR ADMINISTRATIVAMENTE ESTE CONTRATO SIN MÁS RESPONSABILIDAD PARA EL MISMO Y SIN NECESIDAD DE RESOLUCIÓN JUDICIAL, CUANDO "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" INCURRA EN CUALQUIERA DE LAS CAUSALES SIGUIENTES:

1. CUANDO NO ENTREGUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, DENTRO DEL TÉRMINO DE 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA FIRMA DEL MISMO.
2. CUANDO INCURRA EN FALTA DE VERACIDAD TOTAL O PARCIAL RESPECTO A LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA PARA LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO.
3. CUANDO SE INCUMPLA, TOTAL O PARCIALMENTE, CON CUALESQUIERA DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO Y SUS ANEXOS.
4. CUANDO SE COMPROBE QUE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" HAYA ENTREGADO SERVICIOS CON DESCRIPCIONES Y CARACTERÍSTICAS DISTINTAS A LAS PACTADAS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO</p> <p>IMSS</p>	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p align="center"><b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b></p> <p align="center"><b>Jefatura de Servicios Administrativos</b></p> <p align="center"><b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b></p>	<p align="center"><b>CONTRATO No. D22SEI2210</b></p> <p align="center"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL No. AA-050GYR006-E41-2022</b></p> <p align="center"><b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b></p>
---	---	---

5. EN CASO DE QUE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" NO REPONGA LOS SERVICIOS QUE LE HAYAN SIDO DEVUELTOS PARA CANJE, POR PROBLEMAS DE CALIDAD, DEFECTOS O VICIOS OCULTOS, DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL PRESENTE CONTRATO.
6. CUANDO SE TRASMITAN TOTAL O PARCIALMENTE, BAJO CUALQUIER TÍTULO, LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES PACTADAS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, CON EXCEPCIÓN DE LOS DERECHOS DE COBRO, PREVIA AUTORIZACIÓN DE "EL INSTITUTO".
7. SI LA AUTORIDAD COMPETENTE DECLARA EL CONCURSO MERCANTIL O CUALQUIER SITUACIÓN ANÁLOGA O EQUIVALENTE QUE AFECTE EL PATRIMONIO DE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO".
8. EN CASO DE QUE DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO SE RECIBA COMUNICADO POR PARTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD, EN EL SENTIDO DE QUE "EL PROVEEDOR" HA SIDO SANCIONADO O SE LE HA REVOCADO EL REGISTRO SANITARIO CORRESPONDIENTE.
9. EN EL SUPUESTO DE QUE LA COMISIÓN FEDERAL DE COMPETENCIA, DE ACUERDO A SUS FACULTADES, NOTIFIQUE A "EL INSTITUTO". LA SANCIÓN IMPUESTA A "EL PROVEEDOR", CON MOTIVO DE LA COLUSIÓN DE PRECIOS EN QUE HUBIESE INCURRIDO DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN, EN CONTRAVENCIÓN A LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 9 DE LA LEY FEDERAL DE COMPETENCIA ECONÓMICA Y 34 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

**DÉCIMA SEXTA.- PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN.-** PARA EL CASO DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA LAS PARTES CONVIENEN EN SOMETERSE AL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

- A) SI "EL INSTITUTO" CONSIDERA QUE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" HA INCURRIDO EN ALGUNA DE LAS CAUSALES DE RESCISIÓN QUE SE CONSIGNAN EN LA CLÁUSULA QUE ANTECEDE, LO HARÁ SABER A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" DE FORMA INDUBITABLE POR ESCRITO A EFECTO DE QUE ÉSTE EXPONGA LO QUE A SU DERECHO CONVenga Y APORTE, EN SU CASO, LAS PRUEBAS QUE ESTIME PERTINENTES, EN UN TÉRMINO DE 05 (CINCO) DÍAS HÁBILES, A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE EN QUE SURTA EFECTOS LA NOTIFICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN DE REFERENCIA.
- B) TRANSCURRIDO EL TÉRMINO A QUE SE REFIERE EL PÁRRAFO ANTERIOR, SE RESOLVERÁ CONSIDERANDO LOS ARGUMENTOS Y PRUEBAS QUE HUBIERE HECHO VALER.
- C) LA DETERMINACIÓN DE DAR O NO POR RESCINDIDO ADMINISTRATIVAMENTE EL CONTRATO, DEBERÁ SER DEBIDAMENTE FUNDADA, MOTIVADA Y COMUNICADA POR ESCRITO A "EL PRESTADOR DEL SERVICIO", DENTRO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES, AL VENCIMIENTO DEL PLAZO SEÑALADO EN EL INCISO A) DE ESTA CLÁUSULA.

EN EL SUPUESTO DE QUE SE RESCINDA EL CONTRATO, "EL INSTITUTO" NO APLICARÁ LAS PENAS CONVENCIONALES, NI SU CONTABILIZACIÓN PARA HACER EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

PARA LOS EFECTOS DEL PÁRRAFO QUE ANTECEDE, Y 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 SERÁ PROPORCIONAL AL MONTO DE LAS OBLIGACIONES INCUMPLIDAS, SALVO QUE POR LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS ENTREGADOS, ÉSTOS NO PUEDAN SER UTILIZADOS POR "EL INSTITUTO", POR ESTAR INCOMPLETOS, EN CUYO CASO, LA APLICACIÓN SERÁ POR EL TOTAL DE LA GARANTÍA CORRESPONDIENTE.

EN CASO DE QUE "EL INSTITUTO" DETERMINE DAR POR RESCINDIDO EL PRESENTE CONTRATO, SE DEBERÁ FORMULAR UN FINIQUITO EN EL QUE SE HAGAN CONSTAR LOS PAGOS QUE, EN SU CASO, DEBA EFECTUAR "EL INSTITUTO" POR CONCEPTO DE LOS BIENES ENTREGADOS POR "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" HASTA EL MOMENTO EN QUE SE DETERMINE LA RESCISIÓN ADMINISTRATIVA.

SI PREVIAMENTE A LA DETERMINACIÓN DE DAR POR RESCINDIDO EL CONTRATO, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" ENTREGA LOS SERVICIOS, EL PROCEDIMIENTO INICIADO QUEDARÁ SIN EFECTOS, PREVIA ACEPTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE "EL INSTITUTO" POR ESCRITO, DE QUE CONTINÚA VIGENTE LA NECESIDAD DE CONTAR CON LOS BIENES Y APLICANDO, EN SU CASO, LAS PENAS CONVENCIONALES CORRESPONDIENTES.

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

DE NO DARSE POR RESCINDIDO EL CONTRATO, "EL INSTITUTO" ESTABLECERÁ, DE CONFORMIDAD CON "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" UN NUEVO PLAZO PARA EL CUMPLIMIENTO DE AQUELLAS OBLIGACIONES QUE SE HUBIESEN DEJADO DE CUMPLIR, A EFECTO DE QUE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SUBSANE EL INCUMPLIMIENTO QUE HUBIERE MOTIVADO EL INICIO DEL PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN, LO ANTERIOR, SE LLEVARÁ A CABO A TRAVÉS DE UN CONVENIO MODIFICATORIO EN EL QUE SE CONSIDERE LO DISPUESTO EN LOS DOS ÚLTIMOS PÁRRAFOS DEL ARTÍCULO 52 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO</p> <p>IMSS</p>	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p align="center">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p align="center">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p align="center">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p align="center"><b>CONTRATO No. D22SEI2210</b></p> <p align="center"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL No. AA-050GYR006-E41-2022</b></p> <p align="center">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	--

**DÉCIMA SÉPTIMA.- RELACIONES LABORALES.-** "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" Y EL "EL INSTITUTO" SE CONSTITUYEN COMO ÚNICO PATRÓN, SEGÚN CORRESPONDA, DEL PERSONAL QUE CADA UNO OCUPE PARA CUMPLIR CON EL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 10 DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO, SIN RESERVA DE LOS DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 132 DEL MISMO ORDENAMIENTO LEGAL, QUEDANDO TOTALMENTE A SU CARGO TODAS LAS OBLIGACIONES QUE DERIVEN DE LAS RELACIONES LABORALES, CONTRACTUALES Y FISCALES CON SUS TRABAJADORES, POR LO QUE SERÁN LOS ÚNICOS RESPONSABLES DE LAS VIOLACIONES QUE EN VIRTUD DE LAS DISPOSICIONES LEGALES Y DEMÁS ORDENAMIENTOS EN MATERIA DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL SE DERIVEN FRENTE A SU PERSONAL, LIBERANDO A "EL INSTITUTO" DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD SOLIDARIA Y RECLAMACIÓN QUE HAGAN SUS TRABAJADORES AL RESPECTO. POR LO TANTO, "EL INSTITUTO" BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA PODRÁ SER CONSIDERADO COMO PATRÓN SUSTITUTO O SOLIDARIO, NI TENDRÁ NINGUNA RESPONSABILIDAD U OBLIGACIÓN, EN RELACIÓN CON EL PERSONAL QUE UTILICE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE ESTABLECIDO QUE "EL INSTITUTO" SERÁ AJENO A LOS CONFLICTOS QUE SE DERIVEN DE LAS RELACIONES OBRERO-PATRONALES ENTRE "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" Y EL PERSONAL QUE EMPLEE PARA CUMPLIR LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN ESTE CONTRATO, Y CONSECUEMENTE QUEDA OBLIGADO A RESARCIR A "EL INSTITUTO" DE CUALQUIER EROGACIÓN QUE ÉSTE EFECTÚE POR TAL CONCEPTO.

**DÉCIMA OCTAVA.- MODIFICACIONES.-** DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y SU REGLAMENTO, "EL INSTITUTO" PODRÁ CELEBRAR POR ESCRITO CONVENIO MODIFICATORIO AL PRESENTE CONTRATO DENTRO DE LA VIGENCIA DEL MISMO. PARA TAL EFECTO, "EL PRESTADOR DEL SERVICIO" SE OBLIGA A PRESENTAR, EN SU CASO, LA MODIFICACIÓN DE LA GARANTÍA, EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 103 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

**DÉCIMA NOVENA.- 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)	"DESCRIPCIÓN, CANTIDADES E IMPORTES"
ANEXO 2 (DOS)	"DESIGNACIÓN DE ADMINISTRADOR DEL CONTRATO"
ANEXO T 1 (T UNO)	"DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS"
ANEXO T 2 (T DOS)	-ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS -BIENES DE CONSUMO PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO -ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE -DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO
ANEXO T 3 (T TRES)	CEDULA DE VERIFICACIÓN DE LAS INSTALACIONES EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADAS
ANEXO T 4 (T CUATRO)	CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA
ANEXO T 5 (TI CINCO)	ETIMSS 5640-023-004 REVISIÓN 2015 ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE HEMODIÁLISIS EXTRAMUROS
ANEXO T 6 (TI SEIS)	FICHA TÉCNICA DE LECTOR DE HUELLA DIGITAL
ANEXO T 7 (TI SIETE)	FICHA TÉCNICA DE LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS
ANEXO T 8 (TI OCHO)	CARTA DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN
ANEXO T 9 (TI NUEVE)	REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR POR EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEL PROVEEDOR, PARA EL REGISTRO DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS
ANEXO T 10 (T DIEZ)	"CÉDULA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN CIVIL EN UNIDADES DE HEMODIALISIS"
ANEXO T 12 (TI DOCE)	"ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD"
ANEXO T 13 (TI TRECE)	"DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS"
ANEXO T 14 (TI CATORCE)	"DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE"

**VIGÉSIMA.- RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.-** DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 85 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, LAS CONTROVERSIAS QUE SE SUSCITEN CON MOTIVO DE LA INTERPRETACIÓN O APLICACIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO AL PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN, SERÁN RESUELTAS EN LOS TRIBUNALES FEDERALES COMPETENTES DEL ESTADO DE PUEBLA.

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

**VIGÉSIMA SEGUNDA.- JURISDICCIÓN.-** PARA LA INTERPRETACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO, ASÍ COMO PARA TODO AQUELLO QUE NO ESTÉ EXPRESAMENTE ESTIPULADO EN EL MISMO, LAS PARTES SE SOMETEN A LA JURISDICCIÓN DE LOS TRIBUNALES FEDERALES COMPETENTES DEL ESTADO DE PUEBLA, RENUNCIANDO A CUALQUIER OTRO FUERO PRESENTE O FUTURO QUE POR RAZÓN DE SU DOMICILIO LES PUDIERA CORRESPONDER.

	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p align="center">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p align="center">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p align="center">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p align="center">CONTRATO No. D22SEI2210</p> <p align="center"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p align="center">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	---

PREVIA LECTURA Y DEBIDAMENTE ENTERADAS LAS PARTES DEL CONTENIDO, ALCANCE Y FUERZA LEGAL DEL PRESENTE CONTRATO, EN VIRTUD DE QUE SE AJUSTA A LA EXPRESIÓN DE SU LIBRE VOLUNTAD Y QUE SU CONSENTIMIENTO NO SE ENCUENTRA AFECTADO POR DOLO, ERROR, MALA FE NI OTROS VICIOS DE LA VOLUNTAD, LO FIRMAN Y RATIFICAN EN TODAS SUS PARTES, POR QUINTUPLICADO, EN LA CIUDAD, PUEBLA, PUE., EL DÍA 08 DE FEBRERO DE 2022.

**"EL INSTITUTO"**

  
 \_\_\_\_\_  
**DRA. MARÍA AURORA TREVIÑO GARCÍA**  
 TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA EN EL IMSS EN PUEBLA  
 Y REPRESENTANTE LEGAL

**"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"  
(PARTICIPANTE A)**

  
 \_\_\_\_\_  
**C. ANDRÉS CRISTÓBAL GUTIÉRREZ KATZE**  
 REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA  
 MEDICA SANTA CARMEN S.A.P.I. DE C.V.

**"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"  
(PARTICIPANTE B)**

  
 \_\_\_\_\_  
**C. ANDREA LÓPEZ SAINZ VELASCO**  
 REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA  
 MEDIGRAFICOS, S.A. DE C.V.

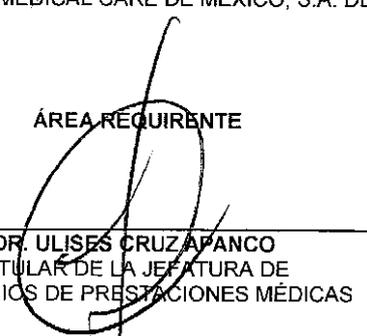
**"EL PRESTADOR DEL SERVICIO"  
(PARTICIPANTE C)**

  
 \_\_\_\_\_  
**C. YASMIN GARCÍA LUNA**  
 APODERADA LEGAL DE LA EMPRESA  
 FRESENIUS MEDICAL CARE DE MÉXICO, S.A. DE C.V.

**ÁREA CONTRATANTE**

  
 \_\_\_\_\_  
**C.P. DINAM MONTAÑO HERNÁNDEZ**  
 TITULAR DE LA COORDINACIÓN DE  
 ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**ÁREA REQUERENTE**

  
 \_\_\_\_\_  
**DR. ULISES CRUZAPANCO**  
 TITULAR DE LA JEFTURA DE  
 SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS

**ADMINISTRADOR DE CONTRATO**

  
 \_\_\_\_\_  
**DR. JOSÉ GERMAN SANTILLANA ARCE**  
 ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DEL H.G.Z. No. 20

**ADMINISTRADOR DE CONTRATO**

  
 \_\_\_\_\_  
**DR. VÍCTOR MARTÍNEZ AHUEJOTE**  
 COORDINADOR CLÍNICO DE LA U.M.A.A.

**ÁREA TÉCNICA**

  
 \_\_\_\_\_  
**DRA. GLORIA CASTILLO RODRÍGUEZ**  
 COORDINADORA AUXILIAR DE ATENCIÓN  
 MÉDICA EN EL SEGUNDO NIVEL

 <b>GOBIERNO DE MÉXICO</b>	 <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA</b> <b>ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-060GYR006-E41-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA</b> <b>PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20</b> <b>Y UIMAA)</b>
<b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>		

**ANEXO 1 (UNO)**  
**DESCRIPCIÓN, CANTIDADES E IMPORTES**

CUENTA No.- 42061604

No. DE PROVEEDOR 0000135918

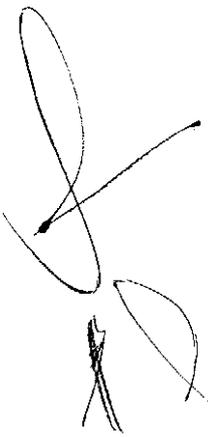
VIGENCIA.- DEL 01 AL 19 DE  
**FEBRERO DE 2022**

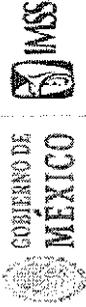
PARTIDA	DESCRIPCIÓN	HOSPITAL No.	PRESENTACIÓN	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MÁXIMA	PRECIO UNITARIO	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MÁXIMO
1	SESIONES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA	UIMAA	SESIÓN	2,592	6,480	\$1,367.89	\$3,545,570.88	\$8,863,927.20
2	SESIONES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA	H.G.Z. No. 20	SESIÓN	1,512	3,780	\$1,151.23	\$1,740,659.76	\$4,351,649.40
<b>SUBTOTAL</b>							<b>\$5,286,230.64</b>	<b>\$13,215,576.60</b>
<b>I.V.A.</b>							<b>\$845,796.90</b>	<b>\$2,114,492.26</b>
<b>TOTAL</b>							<b>\$6,132,027.54</b>	<b>\$15,330,068.86</b>

**DISTRIBUCIÓN PRESUPUESTAL**

DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN	LUGAR DE ENTREGA		H.G.Z. No. 20		
		UI	CC	220101	200227	
SESIONES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA	SESIONES	PRECIO UNITARIO				IMPORTE MÍNIMO
						IMPORTE MÁXIMO
<b>SUBTOTAL</b>		1,512	3,780	\$1,740,659.76	\$4,351,649.40	
<b>I.V.A.</b>				\$278,505.562	\$696,263.90	
<b>TOTAL</b>				\$2,019,165.32	\$5,047,913.30	

DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN	LUGAR DE ENTREGA		UIMAA		
		UI	CC	220501	200227	
SESIONES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA	SESIONES	PRECIO UNITARIO				IMPORTE MÍNIMO
						IMPORTE MÁXIMO
<b>SUBTOTAL</b>		2,592	6,480	\$3,545,570.88	\$8,863,927.20	
<b>I.V.A.</b>				\$567,291.341	\$1,418,228.35	
<b>TOTAL</b>				\$4,112,862.22	\$10,282,155.55	


	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Jefatura de Servicios Administrativos</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. D22SEI2210</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b></p>
---	---	--

**Descripción del Servicio de Hemodiálisis Subrogada a Contratar**

El Instituto a fin de atender las necesidades de sus derechohabientes con insuficiencia renal crónica, requiere de la prestación del servicio de hemodiálisis subrogada, por lo que, el licitante 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 la presente Convocatoria.

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

- 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 federal, estatales del Distrito Federal y municipales, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.
- Ubicarse en un radio de distancia terrestre máxima de 55 (Cincuenta y cinco) kilómetros de la Unidad Médica a la que pretenda prestarse el servicio.
- El área de tratamiento deberá ser considerada área semirestringida (zona gris).
- La unidad de hemodiálisis subrogada deberá contar con servicio de traslado en ambulancia (se solicita presente el contrato y/o convenio vigente correspondiente, en caso de que la unidad de hemodiálisis subrogada no cuente con ambulancia propia y factura en caso de que sea propia) en caso de requerirse 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.
- Contar con las áreas descritas en el apartado "2.1.11.2. Infraestructura, Equipamiento y Suministro" del presente documento, en apego a la **NOM-003-SSA3-2010, "Para la práctica de la hemodiálisis"**.
- Central(es) de enfermería con visibilidad de los pacientes.
- Área de aislamiento equipada destinada a pacientes con enfermedades infecto-contagiosas como: VIH o Hepatitis B o C.
- El área para cada estación de hemodiálisis deberá ser de por lo menos 1.5 x 2.0 mts.
  - 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).
- Área de lavado, desinfección y esterilización de material de curación y médico-quirúrgico, en caso de no contar con material desechable.
- 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.
- 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**.
- Debe contar con sistema o finacos para la disponibilidad de agua suficiente de acuerdo a la capacidad instalada de atención para los 365 días del año que permita la operación de la unidad.
- Cada paciente deberá recibir las sesiones con duración de 3:00 a 4:00 horas por sesión de acuerdo a la prescripción del médico del IMSS.
- El licitante deberá tener el número de máquinas de hemodiálisis, de acuerdo a 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 delegacionales correspondientes.
- El licitante que resulte adjudicado del servicio, debe garantizar el equipo y bienes de consumo específicos para pacientes pediátricos en los lugares en donde se requiera la atención para este tipo de pacientes.
- Debe contar con un sistema de información que incluya datos clínicos y administrativos, como mínimos los establecidos en la **ETIMSS 5640-023-004**.

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 proveedor ganador deberá coordinar acciones con las unidades médicas asignadas para prestar el servicio en tiempo y forma.

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

- A todo paciente al que se le haya determinado la permanencia en el programa de hemodiálisis subrogada se le deberá colocar un acceso vascular permanente. La transición del acceso vascular temporal a un acceso vascular definitivo, no deberá ser mayor a los 3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada, siendo éste colocado por el 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 al formato de subrogación de servicios 4-30-2003.

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b> <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b> <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA</b> <b>ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b> <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
---	--	---

- El prestador del servicio subrogado será responsable de mantener un acceso vascular funcional y libre de complicaciones médicas en cualquiera de sus modalidades para cada paciente.
- Una vez registrado el paciente en la unidad de hemodiálisis subrogada, el prestador del servicio deberá mantener los estudios actualizados para cada paciente conforme a lo establecido en el apartado denominado "2.1.4 Posteriormente, 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 establecidos hemodinámicamente, con los estudios de acuerdo con el apartado 2.1.8 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 hábiles.
- 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.

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

- 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, K/tv, 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.
- Exploración física con especial énfasis en el acceso vascular.
- Eventos relevantes y complicaciones.
- Medicamentos administrados.
- Transcribir a la base de datos central del Instituto, al finalizar la sesión de hemodiálisis, los datos registrados en el sistema de información, de acuerdo a la ETIMSS 5640-023-004, mediante mensajería HL7.
- Establecer los mecanismos necesarios para manejo de identidad, al iniciar y finalizar la sesión de hemodiálisis, de acuerdo a la ETIMSS 5640-023-004.

**2.1.4 Posteriormente, la unidad de hemodiálisis subrogada deberá realizar por cada paciente las siguientes pruebas de laboratorio con la frecuencia que a continuación se especifica:**

- completa, glucosa, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, TGO (sólo en caso de pacientes seropositivos para hepatitis B o C).  
En forma mensual: urea o nitrógeno ureico, biometría hemática
- Trimestral: Cinética de hierro: Ferritina, transferrina, albumina, proteínas totales.
- Cuatrimestral: Determinación de antígeno de superficie (HBs Ag), Anti HCV.
- Semestral: Colesterol, triglicéridos, VIH.

Para lo cual el prestador del servicio deberá presentar copia del contrato de prestación de servicio de laboratorio clínico debidamente firmado y vigente, o en caso de contar con laboratorio propio copia de la licencia de funcionamiento del laboratorio clínico.

**2.1.5. La adecuación de la 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:
  - Kt/v monocompartamental igual o mayor de 1.2
  - URR igual o superior al 65%

**2.1.6 Constancias con las que deberá contar el prestador del servicio**

- a) 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 (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios).
- b) Licencia sanitaria y/o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.
- c) 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.

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Jefatura de Servicios Administrativos</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. D22SEI2210</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UIMAA)</p>
---	---	--

- d) 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.
- Durante la vigencia 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 encuentren vigentes la Certificación de Establecimientos de Atención Médica de Hemodiálisis.
- e) 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.

**2.1.7.-Criterios especiales a seguir por las unidades subrogadas:**

- 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.
- 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.
- Los pacientes que se encuentren con hepatitis B o C y VIH con prueba confirmatoria positivos, deben dializarse en ríñon artificial exclusivo para este tipo de pacientes y en área aislada, siguiéndose las técnicas internacionales establecidas.
- Los pacientes con hepatitis B y C y 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"**.
- El material desechable utilizado en los procedimientos de hemodiálisis, deberá ser exclusivo para cada paciente.
- El licitante deberá presentar escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
- 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 a cultivos bacteriológicos realizados en el área.
- Fumigar todas las áreas de la unidad al menos una vez al mes, con plaguicidas o pesticidas y en su caso aplicar soluciones bactericidas.
- 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.
- 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.
- 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 numeral 2.1.4 del presente documento.

**2.1.8.- Responsabilidades del Instituto:**

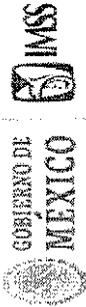
- a) El Instituto a través del servicio (Medicina Interna o Nefrología), enviará al paciente con solicitud de subrogación (4-30-2003) debidamente acreditada por el director de la unidad y/o subdirector médico y jefe de servicio, con resumen médico, con vigencia actualizada y los estudios complementarios de laboratorio y gabinete siguientes: Biometría hemática completa, pruebas de coagulación, química sanguínea glucosa, urea y creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, calcio, fósforo TGO, TGP, proteínas totales, albúmina panel de hepatitis B y C, VIH y placa de tórax.
- b) 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 de la presente Convocatoria.
- c) El Instituto, ratificará la continuidad del servicio de cada paciente, a través de la verificación de la vigencia de derechos actualizada.
- d) 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.
- e) 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**, de la presente Convocatoria.
- f) 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.
- g) Procedimiento de transfusión en caso necesario y previa valoración médica.

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Jefatura de Servicios Administrativos</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. D22SEI2210</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b></p>
---	---	--

h) En el caso de los accesos vasculares el Instituto será responsable de enviar al paciente a la unidad de hemodiálisis subrogada con un acceso vascular temporal o definitivo funcional.

**2.1.9 Responsabilidades del prestador del servicio subrogado:**

- Prestar el servicio subrogado de hemodiálisis en los términos y condiciones establecidos en el contrato del cual resulte adjudicado y conforme a lo señalado en los apartados "La unidad de hemodiálisis subrogada deberá de cumplir con los siguientes puntos"; "La unidad de hemodiálisis subrogada deberá ofrecer los siguientes servicios al paciente"; "En cada procedimiento de hemodiálisis en las etapas pre- trans- y post- hemodiálisis, se deberá determinar y registrar por cada paciente lo siguiente"; "Posteriormente la unidad de hemodiálisis subrogada deberá realizar por cada paciente las siguientes pruebas de laboratorio con la frecuencia que a continuación se especifica"; "La adecuación de la Hemodiálisis se deberá realizar mensualmente en forma individualizada para cada paciente y se deberá de cumplir con los siguientes parámetros"; "Constancias con las que deberá contar el prestador del servicio"; "Criterios especiales a seguir por las unidades subrogadas"; "Responsabilidades del prestador del servicio subrogado"; "Cantidad de sesiones de hemodiálisis requeridas"; "Características de la unidad de hemodiálisis en donde se subrogará el servicio"; "Requisitos de agua a utilizar en hemodiálisis"; "Sistema de información del servicio de hemodiálisis subrogada" y "Lugar, plazo y condiciones de la prestación del servicio".
  - 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:
- 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.
  - Complicaciones del acceso vascular temporal que se deriven:
    - 1.- De la manipulación del catéter.
    - 2.- Disfunción inherente del catéter.
    - 3.- Generadas durante el proceso de hemodiálisis.
  - Complicaciones del acceso vascular definitivo que se deriven:
    - 1.- De la manipulación o cateterización.
    - 2.- Disfunción inherente del acceso.
    - 3.- Generadas durante el proceso de hemodiálisis.
- 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 brindando la siguiente información:
- Un resumen clínico del caso;
  - Detalle de la complicación;
  - Atención que se brindó, y
  - Resultados obtenidos, con objeto de dar continuidad al tratamiento.
- La llamada telefónica permitirá el traslado inmediato del paciente establecido en ambulancia de la unidad de hemodiálisis subrogada al hospital correspondiente.
- 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.
- La Unidad de Hemodiálisis subrogada tendrá la obligación de solicitar al paciente en terapia de Hemodiálisis la constancia de vigencia de derechos actualizada para verificar el derecho del paciente a la prestación del servicio.
- Dará las facilidades necesarias para que el personal autorizado y designado por el Instituto pueda hacer las visitas de supervisión referidas en el inciso e) del apartado "2.1.8 Responsabilidades del Instituto"
- 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.

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Jefatura de Servicios Administrativos</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. D22SEI2210</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	---	---

- Es responsabilidad estricta del 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. 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.
- En el caso del reusó de los dializadores, deberá apearse a las normas del apéndice "B" de la NOM 003-SSA3-2010 "Para la Práctica de la hemodiálisis".
- Cumplir con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
- Presentar copia del contrato de prestación de servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, o en caso de contar con laboratorio propio, copia de la licencia de funcionamiento del laboratorio clínico.

**Personal**

- 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.
- El responsable de la unidad de hemodiálisis deberá ser un médico especialista en nefrología, con certificado de especialización, cédula profesional, debiendo encontrarse en la Unidad de Hemodiálisis durante la práctica de la misma.
- 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.
- 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.
- Deberá realizarse vacunación para Hepatitis B a los seronegativos y, determinación de aspartatoaminotransferasa (AST), antígeno de superficie (Hbs Ag) y anti-HVC cada seis meses.

**2.1.11.2 Infraestructura, Equipamiento y Suministros**

**2.1.11.2.1 Área Física**

Con base en 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:

- a) La Unidad de Hemodiálisis y/o Hospitalaria en la que se preste el servicio deberá ubicarse a un máximo de 55 (Cincuenta y Cinco) kilómetros de la Unidad Hospitalaria que requiere el servicio de Hemodiálisis Subrogada de acuerdo al Anexo 2.
- b) El área para cada estación de hemodiálisis deberá ser de por lo menos 1.5 x 2.0 mts.
- c) Consultorio.
- d) Área de recepción de fácil acceso a los pacientes.
- e) Central de enfermeras.
- f) Almacén.
- g) Área de prelavado y de tratamiento de agua.
- h) Sanitarios para pacientes, diferenciado para hombres y mujeres.
- i) Sanitarios para personal de la unidad.
- j) Cuarto séptico.
- k) Área administrativa.
- l) Sala de procedimientos (En caso de no encontrarse la unidad de hemodiálisis dentro de un hospital). Al menos deberá contar con lo descrito en los estándares de estructura para la autoevaluación de establecimientos de atención médica de hemodiálisis vigentes emitidos por el Consejo de Salubridad General vigentes.
- m) Instalaciones y accesorios propios para el manejo de pacientes con capacidades diferentes y
- n) Sala de espera.

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

**2.1.11.2.2 Características del Equipo y de los Bienes de Consumo**

 <b>GOBIERNO DE MÉXICO</b>  <b>IMSS</b>	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b> <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b> <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b> <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UIMAA)</b>
--	--	--

- A. El licitante deberá ajustarse a lo descrito en la **NOM-003-SSA3-2010** "Para la práctica de hemodiálisis".
- B. Los bienes de consumo se deberán apegar a lo descrito en el **Anexo T2 (T dos)**.
- C. Las máquinas de hemodiálisis deberán apegarse al Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico vigente, clave 531.340.0169.
- D. La unidad de hemodiálisis deberá contar con máquinas exclusivas y en área aislada para pacientes con seropositividad a hepatitis B, C y VIH.
- E. 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. No deberán contener leyendas "OnlyExport" ni "OnlyInvestigation", 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 delegaciones 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 licitante debe contar con el alta o resolución de la misma.
- F. Dializador de fibra hueca de membrana sintética o semisintética, biocompatibles, específicos para pacientes adultos o pediátricos según corresponda.
- G. Ácido y bicarbonato en concentraciones de acuerdo a los equipos de hemodiálisis propuestos para la prestación del servicio.
- H. Línea arteriovenosa.
- I. Agujas fistula para punción de acceso venoso y arterial.
- J. Catéter temporal o permanente o injerto vascular heterólogo.
- K. Material estéril necesario para conexión y desconexión de fistula 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 referenciados.

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

### 2.1.11.2.3 Procesos de Operación.

- El prestador del servicio deberá de presentar copia simple de la Licencia Sanitaria expedida por la COFEPRIS con autorización para el servicio de hemodiálisis y/o Aviso de Funcionamiento.
- El prestador del servicio deberá de presentar copia del manual de procedimientos técnicos del servicio de hemodiálisis de la unidad, en donde se mencione todo el proceso de atención del paciente.
- El prestador del servicio deberá de presentar manual de procedimientos técnicos de enfermería, en donde se mencione todo el proceso de atención del paciente.

### 2.1.12 Inmueble

#### 2.1.12.1.- Instalaciones

➤ Las instalaciones de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada, deberán contar con:

- ✓ Sistema de alarma.
- ✓ Detectores de incendio.
- ✓ Extintores.
- ✓ Salidas de emergencia.
- ✓ Iluminación de emergencia.
- ✓ Película de protección en cristales: Sólo se exigirá a aquellos inmuebles que se encuentren ubicados en zonas de alto riesgo sísmico y de ciclones tropicales
- ✓ Rutas de evacuación.
- ✓ Rampas de acceso
- ✓ Puntos de reunión.
- ✓ Señalización de seguridad

➤ El licitante deberá contar con los siguientes requerimientos (revisados y aprobados según sea el caso):

- ✓ Programa Interno de Protección Civil, aprobado por la autoridad local (refrendado anualmente).
- ✓ Visto Bueno de Protección Civil (refrendado anualmente).
- ✓ Visto Bueno de Bomberos (si la autoridad estatal o local lo requiere y emite).
- ✓ Certificación o validación anual de las instalaciones eléctricas, realizadas por perito responsable acreditado.
- ✓ Certificado del estado de las instalaciones de gas, emitido por perito acreditado o unidad verificadora (refrendado anualmente)
- ✓ Contrato vigente del servicio de mantenimiento del sistema de alarma.
- ✓ Bifáscoras de mantenimiento de instalaciones eléctricas, hidrosanitarias, gas, comunicación, equipos sujetos a presión, elevadores, escaleras de emergencia, equipo contra incendio, etc.).

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Jefatura de Servicios Administrativos</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. D22SEI2210</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b></p>
---	---	--

- ✓ Contrato del Servicio de Seguridad vigente.
- ✓ Certificación anual del mantenimiento y recarga de extintores.
- ✓ Validación Estructural del Inmueble, emitido por director Responsable de Obra o Perito registrado en la entidad o municipio
- ✓ Licencia de uso de suelo.
- ✓ Licencia de funcionamiento.
- ✓ Póliza de seguro de responsabilidad civil, que deberá renovarse anualmente y estar vigente durante la aplicación del instrumento legal celebrado para el otorgamiento del servicio.
- ✓ Constancia de capacitación otorgada por empresa autorizada ante la instancia de protección civil correspondiente o por la autoridad local competente. Al menos el 80% de todo el personal debe estar capacitado en los cursos de control y combate de incendios y de procedimientos de evacuación, asimismo los integrantes de la Unidad Interna de Protección Civil deberán contar con la capacitación correspondiente de acuerdo a su tarea

Las certificaciones o validaciones serán realizadas conforme a lo previsto por la legislación local o federal.

**2.1.12.2.- Riesgos de ubicación.**

➤ La Unidad de Hemodiálisis subrogada no deberá estar:

- Ubicada a menos de 150 metros de una gasolinera.
- Instalada a menos de 150 metros de una estación de gas.
- Establecida a menos de 150 metros de Fábricas, bodegas de productos peligrosos (principalmente inflamables) y otras industrias resgasos (químicos, termoeléctricas, etc.).
- Situada a menos de 100 metros de ductos de PEMEX (que conduzcan sustancias combustibles).
- Ubicada a menos de 100 metros de ductos de GAS NATURAL.
- Establecida a menos de 100 metros de torres de alta tensión o ductos de electricidad de alta tensión.
- Ubicada contigua a pastizales, arboledas o bosques con potencial de incendio.
- Cerca del mar, río o presa que al desbordarse afecte los servicios de la unidad de servicios subrogados (tanto en la función de la unidad como en su acceso).
- Radicada en zona de alto riesgo de inundación.
- Ubicada en inmediación de cerros o laderas que al deslavarse afecte la funcionalidad de la unidad de servicios subrogados (tanto en la función de la unidad como en su acceso).
- Situada en zona de alta probabilidad de bloqueo que impidan el acceso a la unidad.

**2.1.13 Mejoras Tecnológicas**

El proveedor durante la vigencia del contrato que se derive de esta licitación deberá considerar la inclusión de mejoras tecnológicas en los equipos y que éstas sean acordadas con los servicios contratados, y podrá sustituir los equipos y/o bienes de consumo señalados, debiendo notificarlo al Instituto a través de la Jefatura de Prestaciones Médicas de la Delegación correspondiente para su análisis y en su caso autorización. Posteriormente, deberá entregar el registro sanitario del equipo y bienes de consumo a sustituir para su evaluación y, de ser ésta positiva, el proveedor realizará el cambio del equipo y bienes de consumo a utilizar en la prestación del servicio.

**2.1.14 Requisitos del Agua a utilizar en Hemodiálisis**

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

Es responsabilidad del 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 ANMM consideradas en la norma citada y siendo obligatorio contar con el reporte original de los resultados de las pruebas realizadas por un laboratorio acreditado, antes del inicio de la prestación del servicio y en operación con la periodicidad bimestral para el análisis de contaminantes biológicos que deberán realizarse a la planta de tratamiento de agua, así como máquinas de hemodiálisis y al menos una vez al año para contaminantes químicos.

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

Bimestralmente para las pruebas biológicas se tomarán 3 muestras obtenidas de la planta de tratamiento de agua en los siguientes sitios: una de ósmosis, una del reservorio y una de la máquina de hemodiálisis que esté ubicada al final de la red de suministro de agua tratada. En caso de que la unidad de hemodiálisis no cuente con reservorio se tomará de la válvula de retorno y de una máquina de hemodiálisis ubicada en un plano intermedio de la red de suministro.

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

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Jefatura de Servicios Administrativos</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. D22SEI2210</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UIMAA)</p>
---	---	--

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

**2.1.15 Sistema de Información del Servicio de Hemodiálisis Subrogada**

El Proveedor deberá proporcionar el Sistema de información para el Servicio de Hemodiálisis Subrogada el cual debe cubrir la funcionalidad mínima establecida en la "Especificación Técnica del Sistema de Información de Hemodiálisis Extramuros 5640-023-004" (ETIMSS) la cual incluye el flujo de información dentro del servicio y la comunicación hacia los Sistemas del Instituto para el uso de identidad e información clínica.

La ETIMSS 5640-023-004 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>

Como elemento adicional, el Sistema de Información del Proveedor deberá permitir al Jefe de Servicio de la unidad, 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 de la Coordinación de Soluciones para los Servicios Integrales de Salud (CDSSIS), ubicadas en la calle de Tokio 80, 4° piso, Col Juárez, Del. Cuauhtémoc, México D.F. C.P. 06600 o donde el Instituto designe

Cualesquiera avances tecnológicos de relevancia a consideración del Instituto en los Sistemas de información, programas de cómputo, periféricos, serán instalados de inmediato en el plazo que establecerá el Instituto para ponerlos en vigencia, estando obligado el proveedor a realizar los cambios que sean necesarios a consideración del Instituto para permitir la continuidad de la operación durante la vigencia del contrato.

**2.1.15.1 Equipo de Cómputo para comunicación y envío de la información**

Deberá integrar a su propuesta una carta compromiso en papel membreado, signada por la persona física o moral del representante legal de esta, en la que manifieste que se compromete a proporcionar los equipos de cómputo y equipamiento necesario para establecer la comunicación con los servicios del Instituto, así como para el envío-recepción de la mensajería HL7, entre de la Unidad Subrogada de Hemodiálisis y las unidades médicas del Instituto a la que brindarán el servicio.

**2.1.15.2 Puesta a Punto del Sistema de Información**

El licitante adjudicado debe llevar a cabo la instalación y puesta en operación, del Sistema de Información e instrumentos necesarios para el manejo de identidad del paciente, dentro de los 2 (dos) meses contados a partir de la emisión del fallo.

Para acreditar este punto el licitante deberá presentar un proyecto del sistema informático médico administrativo que ofrezca la vinculación con la base de datos central del Instituto.

Existirá un periodo de transición para los licitantes adjudicados que no cuenten con sistema de información y mensajería HL7 certificado de acuerdo a la ETIMSS 5640-023-004 Revisión 2015; este periodo comprende 2 (dos) meses contados a partir de la emisión del fallo, durante el cual el licitante adjudicado deberá enviar la información de las sesiones otorgadas:

- a) Para los licitantes adjudicados con sistema certificado de acuerdo a la ETIMSS 5640-023-004 Revisión 2011, mediante mensajería HL7.
- b) Para los licitantes adjudicados que no tienen sistema certificado de acuerdo a la ETIMSS 5640-023-004 Revisión 2011, mediante un archivo de texto de acuerdo al formato establecido en el **Anexo T18 (T1 ocho)** Requerimientos del reporte a generar por el Servicio de Hemodiálisis del proveedor, para el registro de sesiones de Hemodiálisis.

El Instituto proporcionará la interfaz para recibir los archivos de texto por parte del licitante adjudicado.

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

**2.1.15.3 Certificación del Sistema de Información**

La Coordinación de Desarrollo de Soluciones para los Servicios Integrales de Salud (CDSSIS), dependiente de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT), verificará la funcionalidad del sistema de información para su aprobación.




	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Jefatura de Servicios Administrativos</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. D22SEI2210</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	---	---

El licitante deberá entregar como parte de su propuesta técnica una Carta Compromiso de que está enterado de las Pruebas de Funcionalidad y se compromete a cumplir con el apartado 2.1.15.2 Puesta a punto del sistema de información de acuerdo con el Anexo T18 (T1 ocho) Carta de Pruebas de funcionalidad del Sistema de Información.

El licitante adjudicado establecerá contacto con la DISTSS, dependiente de la CDSSIS, dentro de los 10 (diez) días hábiles siguientes a la fecha de emisión del fallo, cumpliendo con los siguientes puntos:

- a) Firma de Acuerdo de Confidencialidad
- b) Designación de contacto responsable con sus datos
- c) Designación de sistema y empresa soporte
- d) Pruebas de funcionalidad
- e) Firma de Acuerdo de Confidencialidad

El licitante adjudicado del Servicio se compromete con el Instituto a firmar un acuerdo de confidencialidad, Anexo T12 (T1 doce) Acuerdo de Confidencialidad, en el cual se establece que en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá hacer uso de la información puesta a su disposición o generada durante y posterior a la vigencia de este contrato para un fin distinto al establecido en su objeto y en 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.

- b) Designación de contacto responsable con sus datos

El licitante adjudicado deberá notificar los datos de contacto de la persona responsable de establecer comunicación con el Instituto para todo lo referente al Sistema de Información, Anexo T13 (T1 trece) "Designación de contacto responsable con sus datos", la cual debe mantener una relación laboral con la empresa a quien se adjudica el contrato del Servicio Médico Integral.

- c) Designación de sistema y empresa soporte

El licitante adjudicado deberá notificar el(los) Sistema(s) de Información que propone implantar en las Unidades de Hemodiálisis y la empresa que le dará soporte, Anexo T14 (T1 catorce) "Designación de sistema y empresa soporte".

- d) Pruebas de funcionalidad

La prueba de funcionalidad y mensajes de HL7 versión 3.0, se realizará en las oficinas de la CDSSIS, o donde el Instituto designe. El licitante adjudicado solicitará una cita a la DISTSS mediante un escrito libre en hoja membretada de la empresa, el cual se entregará en el área de Gestión de Correspondencia de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT), ubicada en Tokio 80, 5to. piso, Col Juárez, Del. Cuauhtémoc, México D.F. C.P. 06600.

La prueba final en sitio, se realizará una vez aprobado el punto anterior en la Unidad Médica adjudicada que el Instituto designe de acuerdo con el calendario de Despliegue, previamente acordado con las Unidades Médicas, con la versión aprobada del Sistema de Información en operación durante 24 (veinticuatro) horas naturales. Esta deberá ser solicitada a la DISTSS, mediante un escrito libre en hoja membretada de la empresa, el cual se entregará en el área de Gestión de Correspondencia de la DIDT, ubicada en Tokio 80, 5to. piso, Col Juárez, Del. Cuauhtémoc, México D.F. C.P. 06600.

Una vez que las pruebas de funcionalidad y mensajería son aprobadas por la DISTSS y el sistema queda certificado por la misma, "El Proveedor" proporcionará un calendario de despliegue del Sistema Evaluado considerando todas las Unidades Médicas incluidas en los contratos, en un plazo no mayor a 5 (cinco) días hábiles posteriores a la fecha de aprobación.

El Instituto a través de la DISTSS, la CDI y/o los Administradores de los Contratos se reservan el derecho de evaluar cualquiera de las Unidades Médicas incluidas en los contratos para confirmar que la versión evaluada del sistema sea la instalada en los equipos de cómputo que administran dichos procesos, teniendo en cuenta que el incumplimiento por parte del licitante adjudicado activará los supuestos de penas convencionales y/o deducciones establecidas en los contratos.

El Instituto a través de la DISTSS, la CDI y/o los Administradores de los Contratos, se reservan el derecho de evaluar cualquiera de las Unidades Médicas incluidas en los contratos y en caso de detectar un comportamiento irregular en el sistema de información que administran dichos procesos, se podrá revocar el certificado del sistema, teniendo en cuenta que el incumplimiento por parte del licitante adjudicado activará los supuestos de penas convencionales y/o deducciones establecidas en los contratos.

Una vez certificado el sistema de información, en caso de que el licitante adjudicado requiera realizar posteriormente una actualización, deberá seguir el proceso de las Pruebas de funcionalidad y se compromete a cumplir con este apartado, para lograr la certificación de esta nueva versión del sistema de información, antes de implantarlo en sus unidades.

**2.1.15.4. Registro de Sesiones de Hemodiálisis en el Sistema**



	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
---	--	---

Las sesiones de Hemodiálisis del mes deberán ser registradas en el sistema, cumpliendo con todos los requisitos establecidos en el Anexo T15 (T1 cinco) (ETIMSS), 5640-023-004 Especificación Técnica del Sistema de Información de Hemodiálisis Extramuros (incluyendo la validación del biométrico) y enviadas a la base de datos central del Instituto.

**2.1.16.- 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 y/o la Delegación, con apego a lo descrito en el Anexo T4 ("cuatro) Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada de la presente convocatoria, con el objeto de verificar el cumplimiento de las condiciones requeridas y de la NOM-003-SSA3-2010 "Para la práctica de hemodiálisis". Cabe resaltar que mientras no se cumpla con las condiciones de la prestación del servicio establecidas en este documento, el Instituto no dará por aceptado el servicio y se aplicarán las penas convencionales o deducciones correspondientes, el jefe de servicios de prestaciones médicas en la Delegación será el encargado de notificar por escrito al administrador del contrato en caso de incumplimiento de las especificaciones técnicas solicitadas en la presente convocatoria.

**2.1.17 Lugar, Plazo y Condiciones de la Prestación del Servicio**

**2.1.17.1 Plazo y Lugar de la prestación del servicio**

El procedimiento de hemodiálisis se llevará a cabo únicamente en las instalaciones de/los licitantes ganadores.

Por ningún motivo podrá el prestador del servicio otorgar éste a través de terceros o en instalaciones distintas a las propuestas y estipuladas en la presente convocatoria, salvo caso fortuito o de fuerza mayor.

El horario de servicio será de las 7:00 a las 21:00 horas de lunes a sábado como mínimo; incluso días festivos, de conformidad con el apartado denominado "2.1.1LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES PUNTOS" de este documento.

El plazo para la prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la publicación del fallo y hasta concluida la vigencia del contrato.

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

**2.1.17.2 Condiciones de la Prestación del Servicio**

El servicio deberá ser prestado por personal con las siguientes características, de acuerdo con lo estipulado en la NOM-003-SSA3-2010 "Para la práctica de la Hemodiálisis".

- El responsable de la unidad de hemodiálisis deberá ser un médico especialista en nefrología, con certificado de especialización, cédula profesional debiendo encontrarse en la unidad de hemodiálisis durante la práctica de la misma.
- 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, deberá contar con al menos una enfermera por cada 3 (tres) máquinas de hemodiálisis.

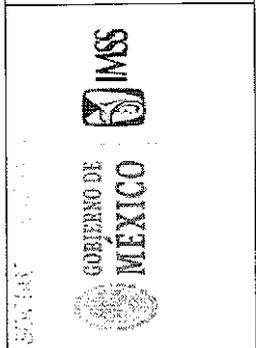
Para garantizar lo anterior, durante la prestación del servicio, el Instituto realizará verificaciones del personal que presta el servicio, durante las visitas de supervisión semestrales o las que determine necesarias.

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 de nuevo ingreso del mes inmediato anterior, más 2 (dos) catéter temporal o permanente. Esto será acumulado, con el propósito de contar con un stock para garantizar la atención oportuna de los pacientes referidos por primera vez a las unidades subrogadas, los catéteres se entregarán al almacén de la unidad médica correspondiente o en donde lo indique el Director Médico de la Unidad dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes en el horario de 9-15 hrs. De lunes a viernes, debiendo anotar nombre, matrícula y cargo de quien los recibe, debiendo notificar al administrador del contrato la falta de entrega de los catéteres.

El Instituto podrá verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad de los bienes, a través de la 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, considerándose esta situación al ingreso del paciente a la unidad de hemodiálisis del licitante ganador. Esto estará sujeto a verificación por parte del personal del Instituto, durante las visitas de supervisión o en cualquier momento.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla**

**Jefatura de Servicios Administrativos**

**Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**

**CONTRATO No. D22SEI2210**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL**  
No. AA-050GYR006-E41-2022

**SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UIMAA)**

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, las cuales deberán ser sustentadas en nota médica, justificando que la sesión de hemodiálisis suspendida se reprogramará una vez que el paciente esté en condiciones clínicas adecuadas. Por lo anterior no se aceptará como otorgado el servicio si por causas imputables al proveedor no se da la sesión de hemodiálisis 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 reuso de dializadores de forma automatizada.

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.

**2.1.18 Niveles de Servicio**

El licitante, 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 AMMI. La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.	Bimestral (al día hábil siguiente a la conclusión del bimestre)
Reporte de laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010.	Resultados de análisis bacteriológico dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010.
La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.	Al menos una vez al año. (al día hábil siguiente a la conclusión del año)
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 AMMI. 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
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 AMMI. La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico. El proveedor adjudicado establecerá contacto con la División de Implementación de Soluciones Tecnológicas para los Servicios de Salud (DISTSS), dependiente de la CDSSIS, a efecto de establecer la estrategia de cumplimiento de los siguientes puntos: a) Firma del Acuerdo de Confidencialidad b) Designación de contacto responsable con sus datos c) Designación de sistema y empresa soporte d) Solicitud de Pruebas de funcionalidad y Mensajería HL7	Dentro de los 10 (diez) días hábiles siguientes a la fecha de emisión del fallo.
Instalación y puesta en operación del Sistema de Información e Instrumentos	Dentro de los 2 (dos) meses contados a partir de la

 <b>GOBIERNO DE MEXICO</b>	 <b>IMSS</b>	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b> <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b> <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b> <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
--	--	--	---

Concepto	Niveles de Servicio
necesarios para el manejo de identidad del paciente. El proveedor proporcionará un Calendario de Despliegue del Sistema Evaluado considerando todas las Unidades de Hemodiálisis incluidas en el contrato Registro de la información de la sesión realizada, en la base de datos central del Instituto, conforme al Anexo T15 (T1 cinco) (ETIMSS), 5640-023-004 Especificación Técnica del Sistema de Información de Hemodiálisis Extramuros, necesario para la transmisión de datos a la base de datos central del Instituto. Dotación del mismo número de catéteres temporales o permanentes que fueron colocados a pacientes referidos a subrogación de nuevo ingreso del mes inmediato anterior más 2 (dos) catéter temporal o permanente. El KTV mensual para el paciente adulto debe ser igual o mayor a 1.2 y URR igual o mayor al 65%.	emisión del fallo. Dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores a la fecha de aprobación del sistema de información.1 Dentro de los 5 (cinco) días hábiles a la fecha de corte correspondiente al mes en que se otorgó la sesión. Mensualmente.(dentro de los primeros 5 días hábiles de cada mes) Mensualmente.

**NORMAS OFICIALES MEXICANAS, NORMAS INTERNACIONALES, NORMAS DE REFERENCIA O ESPECIFICACIONES CUYO CUMPLIMIENTO SE EXIGE A LOS LICITANTES, LICENCIAS, AUTORIZACIONES Y PERMISOS.**

- Norma Oficial Mexicana NOM 003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.
- 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
- Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud, que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confiabilidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud, de Fecha de Publicación en el DOF 30/11/2012
- 2000-001-006 Norma que establece las disposiciones generales y criterio técnico médicos para la planeación, contratación, obtención y control de servicios subrogados de atención médica del 6 de mayo de 2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana
- Norma Oficial Mexicana NOM-001-SEDE-2012, Instalaciones Eléctricas
- Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo
- Norma Oficial Mexicana NOM-001-STPS-2008, edificios, locales, instalaciones y áreas en los centros de trabajo-condiciones de seguridad
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-STPS-2008, Condiciones de iluminación en los centros de trabajo
- Norma Oficial Mexicana NOM-026-STPS-2008, colores y señales de seguridad e higiene, e identificación de riesgos por fluidos conducidos en tuberías
- Norma Oficial Mexicana NOM-029-STPS-2011, mantenimiento de las instalaciones eléctricas en los centros de trabajo-condiciones de seguridad.
- Norma Oficial Mexicana NOM-003-SEGOB-2011, señales y avisos para protección civil, colores, formas y símbolos a utilizar.
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, para la asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.
- 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.
- 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 (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios)


 <b>GOBIERNO DE MEXICO</b>	 <b>IMSS</b>	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b>
<b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b>		<b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL No. AA-050GYR006-E41-2022</b>	
<b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>		<b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UIMAA)</b>	
<b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>			

- Licencia sanitaria y/o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.
- 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.
- Documento emitido por el Secretario del Consejo de Salud 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.
- 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.

**Fuente de Abastecimiento:**

Para efectos del contrato de esta licitación, será por medio de una sola fuente de abastecimiento por cada paquete (Paquete 1 UIMAA, Paquete 2 HGZ 20La Margarita)

**PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.-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 siguientes:**

Concepto	Unidad de medida	Penalización	Responsable de reportar el incumplimiento	Administrador del contrato será el Responsable del cálculo, notificación de la pena
El proveedor adjudicado establecerá contacto con la División de Implementación de Soluciones Tecnológicas para los Servicios de Salud (DISTSS), dependiente de la CDSSIS, a efecto de establecer la estrategia de cumplimiento de los siguientes puntos: a) Firma del Acuerdo de Confidencialidad b) Designación de contacto responsable con sus datos c) Designación de sistema y empresa soporte d) Solicitud de Pruebas de funcionalidad y Mensajería HL7	Por cada día natural de atraso a partir de que se exceda el plazo establecido de los diez días hábiles siguientes a la fecha de emisión del fallo.	2.5% sobre el valor que representa el costo de las sesiones no realizadas en mes de incidencia, sin incluir el IVA.	División de Implementación de Soluciones Tecnológicas para los Servicios de Salud (DISTSS)	Administrador de contrato designado
Instalación y puesta en operación, del Sistema de Información e instrumentos necesarios para el manejo de identidades del Paciente.	Por cada día natural de atraso a partir de que se exceda el plazo de los 2 (dos) meses contados a partir de la emisión del fallo.	2.5% diario sobre el valor que representa el costo de las sesiones solicitadas en el mes de incidencia, sin incluir el IVA.	División de Implementación de Soluciones Tecnológicas para los Servicios de Salud (DISTSS), Coordinador	Administrador de contrato designado



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**



**IMSS**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
del IMSS en Puebla**

**Jefatura de Servicios Administrativos**

**Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**

**CONTRATO No. D22SEI2210**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA  
ELECTRÓNICA NACIONAL  
No. AA-050GYR006-E41-2022**

**SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA  
PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20  
Y UIMAA)**

Concepto	Unidad de medida	Penalización	Responsable de reportar el incumplimiento	Administrador del contrato será el Responsable del cálculo, notificación de la pena
El proveedor proporcionará un Calendario de Despliegue del Sistema Evaluado considerando todas las Unidades de Hemodiálisis incluidas en el contrato. Registro de la información de la sesión realizada, en la base de datos central del Instituto, conforme al Anexo T15 (T1 cinco) (ETIMSS), 5640-023-004 Especificación Técnica del Sistema de Información de Hemodiálisis Extramuros, necesario para la transmisión de datos a la base de datos central del Instituto.	Por cada día natural de atraso a partir de que se exceda el plazo de 5 (cinco) días hábiles posteriores a la fecha de aprobación del sistema de información.	2.5% sobre el valor que representa el costo de las sesiones no realizadas en mes de incidencia, sin incluir el IVA.	Delegacional Informática o Jefe de División de Ingeniería Biomédica	Administrador del contrato designado
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	Por cada día natural de atraso en la entrega del reporte resultados de acuerdo con las especificaciones de la NOM 003-SSA3-2010	2.5% diario sobre el valor total de los sesiones otorgadas, no registradas y no transmitidas en el lapso establecido a la base de datos central del Instituto, sin incluir el IVA.	División de Implementación de Soluciones Tecnológicas para los Servicios de Salud (DISTSS), Coordinador Delegacional de Informática o Jefe de División de Ingeniería Biomédica	Administrador del contrato designado
La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.	Por cada día natural de atraso en la entrega del reporte resultados químicos, de acuerdo con las especificaciones de la NOM 003-SSA3-2010 y las recomendaciones de	2.5% diario sobre el valor total de la factura mensual sin incluir el IVA	Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas o Director Médico	Administrador del contrato designado

 <b>GOBIERNO DE MEXICO</b>	 <b>IMSS</b>	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b>
<b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b>		<b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b>	
<b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>		<b>SERVICIO DE HEMODIALISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>	
<b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>			

Concepto	Unidad de medida	Penalización	Responsable de reportar el incumplimiento	Administrador del contrato será el Responsable del cálculo, notificación de la pena
la AMMI 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 de nuevo ingreso del mes inmediato anterior, más 2 (dos) catéter temporal o permanente	Por cada día natural a partir de la fecha en que debió ser entregada la totalidad de dotación de catéteres.	2.5% diario, sobre el valor total de la factura mensual sin incluir IVA	Director Médico, Subdirector administrativo y/o Administrador de la unidad médica.	Administrador del contrato designado

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.

**3.11.7.- Deducciones por incumplimiento parcial o deficiente en la prestación del servicio de hemodialisis.**

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 parcial o deficiente en que pudiera incurrir el licitante adjudicado respecto de las partidas o conceptos que integran el presente contrato, las cuales no excederán del monto de la garantía de cumplimiento establecida en el mismo.

Dichas deducciones 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 Instituto notificará al licitante adjudicado las deducciones que en su caso se haya hecho acreedor.

Las deducciones por deficiencias en la prestación del servicio, se aplicarán de acuerdo a lo siguiente:

Concepto	Niveles de servicio	Unidad de medida para la deducción	Deducción	Límite de incumplimiento motivo de rescisión del contrato	Responsable de reportar el incumplimiento	Administrador del contrato será el Responsable del cálculo, notificación de la deducción
La transición del acceso vascular temporal por un acceso vascular definitivo para los pacientes con permanencia en el	3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodialisis subrogada.	Por paciente al que no se le haya realizado la transición del	El 1% sobre el valor total de la factura mensual más el IVA, por el paciente al que no	El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato	Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas o Director de la Unidad médica	Administrador de contrato designado

 <b>GOBIERNO DE MEXICO</b>	 <b>IMSS</b>	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b> <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b> <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b> <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
--	--	--	---

Concepto	Niveles de servicio	Unidad de medida para la deducción	Deducción	Límite de incumplimiento, motivo de rescisión del contrato	Responsable de reportar el incumplimiento	Administrador del contrato será Responsable del cálculo, notificación de la deducción
programa, no deberá ser por un tiempo mayor de:		acceso vascular temporal por el definitivo en el plazo establecido	se le haya realizado el cambio.			
Reporte de laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010	Resultados de análisis bacteriológico dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010	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 más IVA.	El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato	Jefe de Servicios Médicos o Director de Unidad médica	Administrador de contrato designado
La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis 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 AMMI.	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 AMMI.	5% sobre el valor total de la factura mensual más IVA	El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato	Jefe de Servicios Médicos o Director de Unidad médica	Administrador de contrato designado
La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico.						
El KTV mensual para el paciente adulto debe ser igual o mayor a 1.2 y URR igual o mayor a 65%	Mensualmente	Cuando el 10% o más del total de los pacientes esté por debajo de los parámetros solicitados	1% sobre el valor total de la factura mensual más IVA.	El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato	Jefe de Servicios Médicos o Director de Unidad médica mediante la aplicación informática de la DIDT	Administrador de contrato designado

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.

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>	CONTRATO No. D22SEI2210
	Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla	<b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL No. AA-050GYR006-E41-2022</b>
	Jefatura de Servicios Administrativos	SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)
	Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	

**ANEXO 2 (DOS)  
DESIGNACIÓN DE ADMINISTRADORES DEL CONTRATO**



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA EN PUEBLA  
Jefatura de Servicios de Prestación Médica y  
Coordinación de la Operación Administrativa



Puebla, Pue., a 24 de Enero de 2022

Oficio N° JPM/CAOA/229001200100/0080/2022

**Contadora**  
**Diliam Montaño Hernández**  
Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento

**ASUNTO: REQUERIMIENTO DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA EN LA CAPITAL DEL ESTADO DEL 29 DE ENERO AL 31 DE ENERO DE 2022.**

En relación al requerimiento relativo al **REQUERIMIENTO DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA EN LA CAPITAL DEL ESTADO DEL 29 DE ENERO AL 31 DE ENERO DE 2022** y en apego a los numerales 4.27, 4.24.6, 4.24.7 y 5.5.3 de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PBLMAA5), **designo a los servidores públicos** cuyos nombres aparecen a continuación, mismos que fungirán como representantes del: Área técnica, Administrador del Contrato y Responsable para formalizar la recepción de los bienes y/o servicios, y que participarán en la firma del contrato que se derive del requerimiento solicitado:

<b>Administrador del Contrato:</b>	
Nombre Completo:	DR JOSE GERMAN SANTILLANA ARCE
Cargo:	DIRECTOR UMHA
Matrícula:	99325017
Unidad de Adscripción:	H.G.Z. No. 36

<b>Administrador del Contrato:</b>	
Nombre Completo:	DR VICTOR MARTINEZ AHUEJOTE
Cargo:	N52 COORD CLINICO UMH 80
Matrícula:	99221978
Unidad de Adscripción:	UMAA

<b>Representante del Área Técnica, que deberá asistir al servidor público que presida los eventos de licitación, responsable de responder las preguntas de junta de aclaraciones y realizar la evaluación técnica de las propuestas.</b>	
Nombre Completo:	DRA. GLORIA CASTILLO RODRIGUEZ
Cargo:	COORD AUX ATN MED SEGUNDO NIVEL D3YD4 80
Matrícula:	99222734
Unidad de Adscripción:	COORDINACIÓN DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LA SALUD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla

Jefatura de Servicios Administrativos

Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento

CONTRATO No. D22SEI2210

ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL No. AA-050GYR006-E41-2022

SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)



Puebla, Pue., a 24 de Enero de 2022

Código de Seguimiento: JPM/COA/229901200100/0080/2022

Contadora  
Diliam Montaña Hernández  
Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento

Responsable de formalizar la recepción de los bienes y/o servicios:	
Nombre Completo:	DR JOSE GERMAN SANTILLANA ARCE
Cargo:	ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DEL H.G.Z. No. 20
Matrícula:	99523017
Unidad de Adscripción:	H.G.Z. No. 36

Responsable de formalizar la recepción de los bienes y/o servicios:	
Nombre Completo:	DR VICTOR MARTINEZ AHUEJOTE
Cargo:	NSJ COORD CLINICO UMH BO
Matrícula:	99221978
Unidad de Adscripción:	UMAA

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dr. José Guillermo Islas Hernández  
Titular de la Coordinación Delegacional de  
Prevención y Atención a la Salud

Numero de Firma: 1531 F214

C.C.O.P.

Impresión  
Legitimada

Dr. Ulises Cruz Aparco  
Titular de la Jefatura de Servicios de  
Prestaciones Médicas



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
del IMSS en Puebla  
  
Jefatura de Servicios Administrativos  
  
Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento

**CONTRATO No. D22SEI2210**  
  
**ADJUDICACIÓN DIRECTA  
ELECTRÓNICA NACIONAL**  
No. AA-050GYR006-E41-2022  
  
SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA  
PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20  
Y UMAA)

**ANEXO T 1 (T-UNO)  
DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS**

TIPO	LOCALIDAD	MUNICIPIO	DOMICILIO	DIRECTOR	CORREO
HGZ 20	PUEBLA	LA MARGARITA	AV. FIDEL VELÁZQUEZ Y 42 SUR NO. 4211 COL. U.H. INFONAVIT LA MARGARITA, C.P. 72560, PUEBLA, PUE.	DR. JOSÉ GERMAN SANTILLANA ARCE	<a href="mailto:german.santillana@imss.gob.mx">german.santillana@imss.gob.mx</a>
HGR 36 (UMAA)	PUEBLA	PUEBLA	10 PONIENTE NO. 2721; COL. SAN ALEJANDRO	DR. VÍCTOR MARTÍNEZ AHUEJOTE	<a href="mailto:victor.martinezah@imss.gob.mx">victor.martinezah@imss.gob.mx</a>



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
del IMSS en Puebla  
  
Jefatura de Servicios Administrativos  
  
Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento

**CONTRATO No. D22SEI2210**  
  
**ADJUDICACIÓN DIRECTA  
ELECTRÓNICA NACIONAL**  
No. AA-050GYR006-E41-2022  
  
SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA  
PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20  
Y UMAA)

## ANEXO T 2 (T-DOS)

### ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS

**LAS CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS DEBERÁN APEGARSE AL CUADRO BÁSICO Y CATÁLOGO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MÉDICO VIGENTE EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, CLAVE 531.340.0169.**

[HTTP://WWW.DOF.GOB.MX/NOTA\\_DETALLE.PHP?CODIGO=5381139&FECHA=08/02/2015](http://www.dof.gob.mx/NOTA_DETALLE.PHP?CODIGO=5381139&FECHA=08/02/2015)

 <p>GOBIERNO DE MEXICO IMSS</p>	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p align="center">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p align="center">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p align="center">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p align="center">CONTRATO No. D22SEI2210</p> <p align="center"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p align="center">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
--	--	---

**ANEXO T 2 (T-DOS)**  
**BIENES DE CONSUMO PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO**

NO	DESCRIPCIÓN	PROPUESTA DEL LICITANTE
1	<b>FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE MEMBRANA SINTÉTICA Y/O CELULOSA MODIFICADA DE 0.4 M<sup>2</sup> HASTA 2.0 M<sup>2</sup>.</b>	
2	<b>JUEGO DE LINEAS ARTERIAL Y VENOSA, DESECHABLE, ESTÉRIL, CON CONECTORES, CON O SIN PROTECTORES DE TRANSDUCTOR DE PRESIÓN, COMPATIBLE CON LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS DE LA MARCA CORRESPONDIENTE, CON DIFERENTES VOLÚMENES DE CEBADO PARA ADULTO Y PEDIÁTRICO.</b>	
3	<b>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.</b>	
4	<b>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 ADECUA A LA MÁQUINA PROPUESTA.</b>	
5	<b>CÁNULA PARA PUNCIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA INTERNA: CONSTA DE TUBO DE ELASTÓMERO DE SILICÓN DE 15 O 30 CM. DE LONGITUD, CON OBTURADOR Y ADAPTADOR LUER LOCK, MARIPOSA Y AGUJA CALIBRE 15 O 16 ADULTO Y 16 O 17 G. PEDIÁTRICO. Y CON ORIFICIO POSTERIOR AL BISEL; UN LUMEN.</b>	
6	<b>MATERIAL ESTÉRIL NECESARIO PARA CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN PARA CATÉTER O FISTULA, SEGÚN CORRESPONDA, CONTENIENDO AL MENOS:</b> MATERIAL ESTÉRIL PARA CONEXIÓN DE CATÉTER: 2 PARES DE GUANTES 2 JERINGAS DESECHABLES 8 GASAS 1 CAMPO DE TELA ABSORBENTE MATERIAL ESTÉRIL PARA DESCONEXIÓN DE CATÉTER: 1 PAR DE GUANTES 6 GASAS 2 TAPONES DE LUER LOCK PARA CATÉTER CON MATERIAL ANTISÉPTICO. 1 APOsito ESPECIAL PARA CATÉTER MATERIAL ESTÉRIL PARA CONEXIÓN DE FÍSTULA: 1 PAR DE GUANTES 5 GASAS 2 CAMPOS DE TELA ABSORBENTE MATERIAL ESTÉRIL PARA DESCONEXIÓN DE FÍSTULA: 1 PAR DE GUANTES 6 GASAS	



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
del IMSS en Puebla

Jefatura de Servicios Administrativos

Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento

CONTRATO No. D22SEI2210

ADJUDICACIÓN DIRECTA  
ELECTRÓNICA NACIONAL  
No. AA-050GYR006-E41-2022

SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA  
PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20  
Y UMAA)

**ANEXO T 2 (T-DOS)**  
**ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES**  
**TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN**  
**VIGENTE**

NO.	DESCRIPCIÓN	PROPUESTA DEL LICITANTE
1	DESCRIPCIÓN (SE DESCRIBEN PARA PRESENTACIÓN DE OFERTA TÉCNICA)	
2	060.345.0149 EQUIPO PARA HEMODIÁLISIS, PEDIÁTRICO. INSERCIÓN EN SUBCLAVIA, YUGULAR O FEMORAL, DOBLE LUMEN. CONTIENE: UNA CÁNULA. UNA JERINGA DE 5 ML. UNA GUÍA DE ACERO INOXIDABLE. UN CATÉTER DOBLE LUMEN CALIBRE DE 8 A 10 FR, LONGITUD 130 A 150 MM, CON OBTURADOR, UN DILATADOR Y EXTENSIONES CURVAS. ESTÉRIL Y DESECHABLE TIPO MAHURKAR.	
3	060.345.2301 EQUIPO PARA HEMODIÁLISIS DE INSERCIÓN EN SUBCLAVIA, YUGULAR O FEMORAL DOBLE LUMEN, INCLUYE: UNA CÁNULA. UNA JERINGA DE 5 ML. UNA GUÍA DE ACERO INOXIDABLE. UN CATÉTER DOBLE LUMEN CALIBRE DE 11 A 12 FR, LONGITUD DE 185 A 205 MM CON OBTURADOR Y UN DILATADOR CON EXTENSIONES CURVAS. TIPO MAHURKAR. ADULTO. ESTÉRIL Y DESECHABLE	
4	060.166.0533 CATÉTER 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 INTRODUTOR EL CUAL CONTIENE: CATÉTER DE DOBLE LUMEN. AGUJA INTRODUTOR CALIBRE 18 G. INTRODUTOR CON CAMISA DESPRENDIBLE. GUÍA DE ALAMBRE DE 0.038", CON LONGITUD DE 68.0 CM COMO	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
del IMSS en Puebla  
Jefatura de Servicios Administrativos  
Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento

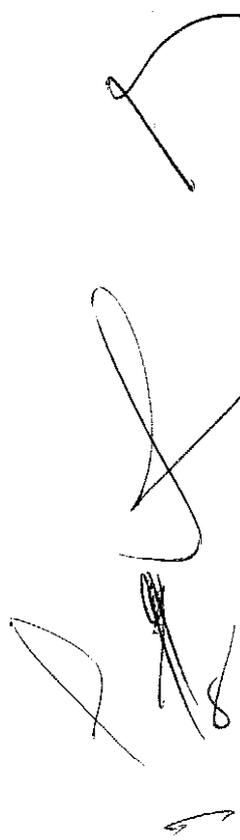
CONTRATO No. D22SEI2210  
ADJUDICACIÓN DIRECTA  
ELECTRÓNICA NACIONAL  
No. AA-050GYR006-E41-2022  
SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA  
PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20  
Y UMAA)

NO.	DESCRIPCIÓN	PROPUESTA DEL LICITANTE
	MÍNIMO. JERINGA DE 5 ML Y 2 TAPONES DE INYECCIÓN. ESTÉRIL Y DESECHABLE	
5	060.166.0541 CATÉTER 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.	

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO</p> <p>IMSS</p>	<p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p>Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p>CONTRATO No. D22SEI2210</p> <p>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	---

**ANEXO T 2 (T-DOS)  
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO**

NO.	DESCRIPCIÓN	PROPUESTA DEL LICITANTE
1	RECLINABLES QUE LOGREN UN DECÚBITO DORSAL ADECUADO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS DURANTE LA SESIÓN.	
2	SEGUROS PARA EL PACIENTE Y PERSONAL DE ENFERMERÍA	
3	VIDA MEDIA PROMEDIO DE USO DE UN AÑO	
4	DE FÁCIL LIMPIEZA	
5	ERGONÓMICAMENTE DISEÑADO QUE PERMITA EL TRENDELEMBURG POR CADA MÁQUINA	
6	CON SISTEMA DE FRENO CON ALETAS LATERALES EN AMBOS LADOS.	



	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla  Jefatura de Servicios Administrativos  Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento	CONTRATO No. D22SEI2210  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA          ELECTRÓNICA NACIONAL</b> No. AA-050GYR006-E41-2022  SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)

### ANEXO T 3 (T-TRES)

## CEDULA DE VERIFICACIÓN DE LAS INSTALACIONES EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADAS

INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA.

INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA.

LICITANTE:	NOMBRE UNIDAD SUBROGADO:	FECHA DE LA VISITA:
LOCALIDAD /UMAE:	UNIDADES MÉDICAS ADSCRITAS:	

DOMICILIO:	
NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS:	
NO. DE EQUIPOS DE HEMODIÁLISIS:	
MARCA (S)	MODELO(S) :

NO.	ESPECIFICACIÓN O CRITERIO A VERIFICAR	SI CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
<b>1</b>	<b>INSTALACIONES FÍSICAS</b>			
1.1	ÁREA DE RECEPCIÓN (UBICADA A LA ENTRADA DE LA UNIDAD CON FACIL ACCESO)			
1.2	SALA DE ESPERA			
1.3	SANITARIOS PARA PACIENTES, DIFERENCIADO PARA HOMBRES Y MUJERES			
1.4	SANITARIOS PARA PERSONAL.			
1.5	ALMACÉN			
1.6	CUARTO SÉPTICO CON MATERIAL PARA RECOGER EXCRETAS.			
1.7	CONSULTORIO MÉDICO			
1.8	SALA DE PROCEDIMIENTOS PARA LAS UNIDADES QUE NO SE ENCUENTREN DENTRO DE UN HOSPITAL			
1.9	<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>			
1.10	RAMPAS DE ACCESO A LA UNIDAD PARA PACIENTES CON CAPACIDADES DIFERENTES, LAS CUALES CUENTAN CON PASAMANOS.			
<b>2</b>	<b>ÁREA DE TRATAMIENTO DIALÍTICO POR CADA ESTACIÓN- PACIENTE (UNIDAD)</b>			
2.1	RIÑÓN ARTIFICIAL			
2.2	EL ÁREA MÍNIMA PARA UNA MÁQUINA Y SILLÓN CLÍNICO SERÁ DE 3.0 M <sup>2</sup> POR ESTACIÓN			
2.3	EXISTE UN ÁREA INDEPENDIENTE PARA PACIENTES QUE REQUIEREN TÉCNICA DE AISLAMIENTO.			
2.4	CUENTA CON CENTRAL(ES) DE ENFERMERÍA CON VISIBILIDAD DE LOS PACIENTES			
2.5	TOMAS O TANQUE PORTÁTIL DE OXIGENO CON LOS ACCESORIOS NECESARIOS PARA SU UTILIZACIÓN ( PUNTAS NASALES, MASCARILLAS)			
2.6	TOMA DE AIRE O ASPIRADOR PORTÁTIL CON LOS ACCESORIOS PARA SU UTILIZACIÓN( CÁNULA PARA ASPIRACIÓN)			



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada**  
**del IMSS en Puebla**  
  
**Jefatura de Servicios Administrativos**  
  
**Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**

**CONTRATO No. D22SEI2210**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA**  
**ELECTRÓNICA NACIONAL**  
**No. AA-050GYR006-E41-2022**

**SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**  
**PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20**  
**Y UMAA)**

NO.	ESPECIFICACIÓN O CRITERIO A VERIFICAR	SI CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
2.7	CUENTA CON MATERIAL ESTÉRIL NECESARIO PARA CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN PARA CATÉTER Y FISTULA			
2.8	SILLÓN CLÍNICO PARA HEMODIÁLISIS			
3	PAPELERÍA PARA EXPEDIENTE CLÍNICO CONFORME A LA NOM-004-SSA3-2012			
4	<b>ÁREA DE LAVADO Y ESTERILIZACIÓN</b>			
4.1	ÁREA DE LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MATERIAL DE CURACIÓN.			
5	<b>ÁREA DE TRATAMIENTO DE AGUA PARA HEMODIÁLISIS</b>			
5.1	CISTERNA CON CAPACIDAD SUFICIENTE PARA EL TAMAÑO DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA DE HEMODIÁLISIS.			
5.2	EQUIPO ELECTROHIDRÁULICO QUE OPERA CON RESINAS, FILTROS Y MEMBRANAS PARA ELIMINAR LAS IMPUREZAS QUÍMICAS Y MICROBIOLÓGICAS DEL AGUA.			
5.3	CON TUBERÍA INTERCONECTADA CON PVC CEDULA 80 GRADO SANITARIO.			
5.4	VÁLVULAS DE MUESTREO DE AGUA A LA SALIDA DE CADA SISTEMA FILTRANTE.			
5.5	CON BOMBA CENTRÍFUGA MULTI-ETAPA, CON SISTEMA HIDRONEUMÁTICO.			
5.6	CON FILTRO SEDIMENTADOR			
5.7	FILTROS DE CARBÓN ACTIVADO, MANUALES O AUTOMÁTICOS			
5.8	FILTROS SUAVIZADOR (ES) AUTOMÁTICO			
5.9	CON EQUIPO DE ÓSMOSIS INVERSA			
5.10	CON MOTOR DE ACERO INOXIDABLE			
5.11	CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN DE LOS LITROS DE AGUA TRATADA, DE ACUERDO AL NÚMERO DE MÁQUINAS INSTALADAS, GARANTIZADA CON ANÁLISIS QUÍMICOS Y MICROBIOLÓGICOS DE ACUERDO A LA NOM-003-SSA3-2010 PARA LA PRÁCTICA DE HEMODIÁLISIS.			
5.12	CON SISTEMA DE MONITOREO DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS.			
5.13	MEDICIÓN DE AGUA DE FLUJO DE DESCARGA			
5.14	MEDICIÓN DE FLUJO DE AGUA TRATADA			
5.15	MEDICIÓN DE FLUJO DE AGUA DE RECIRCULACIÓN			
5.16	MEDICIÓN DE SÓLIDOS TOTALES DISUELTOS O CONDUCTIVIDAD			
5.17	CON SISTEMA PARA PROCEDIMIENTOS DE DESINFECCIÓN PROPIA Y DE LA RED DE DISTRIBUCIÓN Y DE ENJUAGUE DE SUS MEMBRANAS			
6	<b>SERVICIOS AUXILIARES</b>			
6.1	PLANTA ELÉCTRICA DE EMERGENCIA CON CAPACIDAD PARA EL ABASTECIMIENTO DE LA UNIDAD.			
6.2	CUENTA CON AMBULANCIA PARA TRASLADO DE PACIENTES PROPIA Y/O CONTRATO VIGENTE			
6.3	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO DE LABORATORIO VIGENTE.			
7	<b>MANUALES Y REGISTROS</b>			
7.1	RESULTADOS ANUAL DEL ANÁLISIS QUÍMICO DE LA CALIDAD DEL AGUA.			
7.2	RESULTADO BIMESTRAL DEL ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO DE LA CALIDAD DEL AGUA.			
7.3	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS			
7.4	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA			
7.5	MANUAL DE OPERACIÓN DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS (EN ESPAÑOL).			
7.6	MANUAL DE OPERACIÓN DE LA PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA (EN ESPAÑOL)			
7.7	ARCHIVO CLÍNICO			
8	<b>MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO</b>			
8.1	BITÁCORA PARA REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS.			
8.2	BITÁCORA PARA REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LA PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA.			
8.3	BITÁCORA PARA REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO MÉDICO.			
8.4	BITÁCORA PARA REGISTRO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LA PLANTA ELÉCTRICA DE EMERGENCIA.			
9	<b>EQUIPAMIENTO DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS</b>			
9.1	CARRÓ ROJO CON MONITOR Y DESFIBRILADOR.			
9.2	ELECTROCARDIOGRAFO			
9.3	BÁSCULA			
9.4	SILLA DE RUEDAS			
9.5	CARRÓ DE CURACIONES			
9.6	CAMILLA CON BARANDALES			
10	<b>ÁREA DE CONSULTA MÉDICA</b>			
10.1	MESA DE EXPLORACIÓN			
10.2	BÁSCULA			
10.3	ESFIGMOMANÓMETRO.			
10.4	ESTETOSCOPIO			
11	<b>RECURSOS HUMANOS</b>			



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
 Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
 del IMSS en Puebla  
 Jefatura de Servicios Administrativos  
 Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento

CONTRATO No. D22SEI2210  
 ADJUDICACIÓN DIRECTA  
 ELECTRÓNICA NACIONAL  
 No. AA-050GYR006-E41-2022  
 SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA  
 PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20  
 Y UMAA)

NO.	ESPECIFICACIÓN O CRITERIO A VERIFICAR	SI CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
11.1	CERTIFICADO DE ESPECIALIZACIÓN Y CÉDULA PROFESIONAL DEL PERSONAL MÉDICO NEFRÓLOGO			
11.2	COPIA TÍTULOS O CERTIFICADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.			
11.3	CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN Y/O ADIESTRAMIENTO EN HEMODIÁLISIS MÍNIMO POR 6 MESES.			

**POR EL INSTITUTO**

---

JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS O DIRECTOR DE UNIDAD MEDICA

**POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**

---

NOMBRE Y FIRMA  
 DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

**VERIFICADOR POR EL INSTITUTO**

---

NOMBRE Y FIRMA

**PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS**

---

NOMBRE Y FIRMA

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA          ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA          PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20          Y UMAA)</b>
---	--	--

**ANEXO T 4 (T-CUATRO)**  
**CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**

INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA "X" EL CRITERIO QUE CORRESPONDA.  
 ESTA CÉDULA DEBE SER LLENADA CON LOS DATOS GENERADOS LOS ÚLTIMOS 6 MESES.

PROVEEDOR:	NOMBRE UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA:	FECHA DE LA VISITA:
LOCALIDAD (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	SI CUMPLE	NO CUMPLE	INSTRUCCIONES PARA EL SUPERVISOR	OBSERVACIONES
1	REGISTRO NOMINAL DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS SUBROGADOS CON: ACCESO VASCULAR TEMPORAL O ACCESO VASCULAR DEFINITIVO.			DOCUMENTO QUE OBSERVA EL REGISTRO DE PACIENTES SUBROGADOS, PACIENTES CON ACCESO VASCULAR TEMPORAL Y ACCESO VASCULAR DEFINITIVO.	
2	PERIODICIDAD DE LAS SESIONES DE HEMODIÁLISIS.			VERIFICAR EVIDENCIAS DOCUMENTALES DEL NÚMERO DE SESIONES REALIZADAS POR PACIENTE, PRESCRITAS POR EL MÉDICO IMSS.	
3	DURACIÓN DE LAS SESIONES DE HEMODIÁLISIS.			VERIFICAR EVIDENCIAS DOCUMENTALES DEL TIEMPO DE DURACIÓN DE LAS SESIONES REALIZADAS POR PACIENTE, PRESCRITAS POR EL MÉDICO IMSS.	
4	RESULTADO ANUAL DEL ANÁLISIS QUÍMICO DE LA CALIDAD DEL AGUA			VALIDAR EL RESULTADO DE LA PRUEBA QUÍMICA DE LA CALIDAD DEL AGUA.	
5	RESULTADO BIMESTRAL DEL ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO DE LA CALIDAD DEL AGUA, DE LA PLANTA DE TRATAMIENTO Y MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS.			VALIDAR EL RESULTADO DE LAS PRUEBAS BACTERIOLÓGICAS DE LA CALIDAD DEL AGUA.	
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			VERIFICAR COPIA DE CERTIFICADO DE ESPECIALIZACIÓN Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO NEFRÓLOGO	



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada**  
**del IMSS en Puebla**  
  
**Jefatura de Servicios Administrativos**  
  
**Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**

**CONTRATO No. D22SEI2210**  
  
**ADJUDICACIÓN DIRECTA**  
**ELECTRÓNICA NACIONAL**  
**No. AA-050GYR006-E41-2022**  
  
**SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**  
**PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20**  
**Y UMAA)**

	RESPONSABLE DE LA UNIDAD			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	
<b>POR EL INSTITUTO</b>			<b>POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA</b>		
<b>NOMBRE Y FIRMA</b> <b>JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS</b> <b>/ DIRECTOR DE UNIDAD MEDICA</b>			<b>NOMBRE Y FIRMA</b> <b>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>			<b>NOMBRE Y FIRMA</b>		

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO</p>  <p>IMSS</p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p>Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p>CONTRATO No. D22SEI2210</p> <p>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	---	---

**ANEXO TI 5 (TI CINCO)**  
**ETIMSS 5640-023-004 REVISIÓN 2015 ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE  
HEMODIÁLISIS EXTRAMUROS**

PUBLICADA EN <http://compras.imss.gob.mx/?P=provinfo>

	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p align="center">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p align="center">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p align="center">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p align="center">CONTRATO No. D22SEI2210</p> <p align="center"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p align="center">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	---

**ANEXO TI 6(TI SEIS)  
FICHA TÉCNICA DE LECTOR DE HUELLA DIGITAL**

NO	CARACTERÍSTICA	REQUERIDO/OPCIONA L	PROPUESTA DEL LICITANTE
1	ROBUSTO, RESISTENTE AL USO RUDO.	OPCIONAL	
2	INSTALACIÓN A TRAVÉS DE USB.	REQUERIDO	
3	DETECTAR DEDOS SECOS/HÚMEDOS/HUELLAS GASTADAS.	REQUERIDO (AL MENOS UNO)	
4	RESOLUCIÓN ESCÁNER ÓPTICO DE AL MENOS 500 DPI A ESCALA DE GRISES DE 8 BITS, SEGÚN ESTÁNDARES DEL NIST.	REQUERIDO	
5	TAMAÑO DE IMAGEN 480 X 320 PÍXELES, AL MENOS.	REQUERIDO	
6	ÁREA DE CAPTURA AL MENOS DE 1.6 CM X 2.4 CM.	REQUERIDO	
7	DISTORSIÓN MENOR DE 1.0%.	OPCIONAL	
8	ESCÁNER CON CERTIFICACIÓN IQS OTORGADO POR EL FBI.	REQUERIDO	
9	RANGO DE TEMPERATURA AL MENOS DE -5 °C A 50 °C.	REQUERIDO	
10	ALIMENTACIÓN DC 5 [V].	REQUERIDO	
11	DIMENSIONES MÁXIMAS (MM) 90 X 80 X 60 MM.	REQUERIDO	
12	FAR (FALSA ACEPTACIÓN) <=0.001%.	OPCIONAL	
13	FRR (FALSO RECHAZO) <=1%.	OPCIONAL	
14	INTEROPERABLE CON MINEX, ANSI 378, ANSI 381, ISO 19794-2-2005.	REQUERIDO	
15	CUMPLIR CON LOS ESTÁNDARES DATA FORMAT FOR THE INTERCHANGE OF FINGERPRINT, FACIAL & OTHER BIOMETRIC INFORMATION – PART 1 (ANSI/NIST-ITL 1-2007)	OPCIONAL	
16	CUMPLIR CON LOS ESTÁNDARES DATA FORMAT FOR THE INTERCHANGE OF FINGERPRINT, FACIAL & OTHER BIOMETRIC INFORMATION PART 2: XML VERSION (ANSI/NIST-ITL 2-2008).	OPCIONAL	
17	CUMPLIR CON ENERGY STAR	OPCIONAL	
18	CUMPLIR CON LA NORMA NOM-019-SCFI-1998.	REQUERIDO	
19	EL SOFTWARE ASOCIADO AL LECTOR DE HUELLA (SDK) DEBERÁ INCLUIR LAS LIBRERÍAS NECESARIAS PARA INTEGRARSE FÁCILMENTE CON APLICACIONES CLIENTE /SERVIDOR DISEÑADAS EN ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES LENGUAJES: JAVA, VISUAL BASIC, LENGUAJE "C" U OTRO (DE ACUERDO AL SISTEMA OPERATIVO Y VERSIÓN QUE UTILICE EL PROVEEDOR).	REQUERIDO	
20	LOS CONTROLADORES DEL LECTOR DE HUELLA DEBERÁN SER COMPATIBLES CON LOS SISTEMAS OPERATIVOS MICROSOFT WINDOWS, LINUX, OSX U OTRO (DE ACUERDO AL SISTEMA OPERATIVO Y VERSIÓN QUE UTILICE EL PROVEEDOR).	REQUERIDO	

 <p>Gobierno de México IMSS</p>	<p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p>Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p>CONTRATO No. D22SEI2210</p> <p>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
--	--	---

**ANEXO TI 7 (TI siete)  
FICHA TÉCNICA DE LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS**

NO	DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	PROPUESTA DEL LICITANTE
1	TIPO DE LECTOR: BIDIMENSIONAL	
2	LECTURA DEL ESTÁNDAR: PDF Y 2D	
3	DISTANCIA MÍNIMA DE LECTURA: 25 CM	
4	CONTRASTE DE IMPRESIÓN: DIFERENCIA MÍNIMA REFLEJANTE DE 20%	
5	DEBE INCLUIR LA INTERFAZ QUE CORRESPONDA DE ACUERDO A LAS PC'S INCLUIDAS COMO PARTE DEL SERVICIO.	
6	ESPECIFICACIÓN DE CAÍDAS: EL LECTOR DEBERÁ FUNCIONAR SIN ANOMALÍAS TRAS VARIOS IMPACTOS SOBRE CONCRETO DESDE 1,5 M	
7	EFECTO DE LA LUZ AMBIENTAL: NO LE AFECTA LA EXPOSICIÓN A LAS CONDICIONES DE	
8	ILUMINACIÓN NORMALES EN FÁBRICAS Y OFICINAS, NI TAMPOCO LA EXPOSICIÓN DIRECTA A LA LUZ DEL SOL	
9	SELLADO CONTRA AGUA Y OTRAS PARTÍCULAS	
10	SOPORTE MULTIPROPÓSITO	

 <p>GOBIERNO DE MÉXICO</p> <p>IMSS</p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p>Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p>CONTRATO No. D22SEI2210</p> <p>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	---	---

**ANEXO TI 8 (TI OCHO)  
CARTA DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CONVOCANTE**

**[NOMBRE]**, EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA **[NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL LICITANTE O DISTRIBUIDOR]**, Y EN TÉRMINOS DEL PUNTO **CERTIFICACIÓN 2015 DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN**, DEL CONTRATO NÚMERO \_\_\_\_\_ DE LA ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS NO. **[NO. DE ADJUDICACIÓN]**, MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

- , QUE ME COMPROMETO A SOLICITAR, EJECUTAR Y ACREDITAR LAS PRUEBAS DE INTEROPERABILIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN CON LOS SISTEMAS DEL INSTITUTO DE ACUERDO CON LA FUNCIONALIDAD DESCRITA EN LA ETIMSS 5640-023-004, PREVIO A SU IMPLEMENTACIÓN EN LAS UNIDADES MÉDICAS, DENTRO DEL PLAZO ESTABLECIDO POR LA CONVOCANTE.

**[LUGAR Y FECHA]**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL LICITANTE**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL****Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
del IMSS en Puebla****Jefatura de Servicios Administrativos****Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento****CONTRATO No. D22SEI2210****ADJUDICACIÓN DIRECTA  
ELECTRÓNICA NACIONAL  
No. AA-050GYR006-E41-2022****SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA  
PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20  
Y UMAA)****ANEXO TI 9 (TI NUEVE)****REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR POR EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA  
DEL PROVEEDOR, PARA EL REGISTRO DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS**

EL SISTEMA DEL PROVEEDOR PARA EL SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ GENERAR UN REPORTE QUE CONTENGA EL REGISTRO DE LAS SESIONES OTORGADAS A LOS PACIENTE AUTORIZADOS PARA EL PAGO DE LAS MISMAS. EL REPORTE DEBERÁ SERÁ GENERADO EN UN FORMATO DE DATOS BASADO EN EL ESTÁNDAR ECMA-262 DE JAVASCRIPT CONOCIDO COMO JSON (JAVASCRIPT OBJECT NOTATION) EL CUAL ES UN FORMATO DE INTERCAMBIO DE DATOS LIGERO, BASADO EN TEXTO Y EN UN SUBCONJUNTO DE NOTACIÓN LITERAL DEL LENGUAJE DE PROGRAMACIÓN EL CUAL PRESENTA LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS Y VENTAJAS

- OFRECE TIPOS DE DATOS ESCALARES Y LA CAPACIDAD DE EXPRESAR DATOS ESTRUCTURADOS A TRAVÉS DE MATRICES Y OBJETOS.
- COMPATIBLE CON MATRICES NATIVAS.
- COMPATIBLE CON OBJETOS NATIVOS.
- RECONOCE EL VALOR NULL DE FORMA NATIVA.
- SIN CONCEPTO DE ESPACIOS DE NOMBRES. LOS CONFLICTOS PARA ASIGNAR NOMBRES SE EVITAN GENERALMENTE MEDIANTE EL ANIDADO DE OBJETOS O EL USO DE UN PREFIJO EN EL NOMBRE DE UN MIEMBRO DE OBJETO
- DECISIONES DE FORMATO SENCILLAS. PROPORCIONA UNA ASIGNACIÓN MUCHO MÁS DIRECTA PARA LOS DATOS DE APLICACIÓN. LA ÚNICA EXCEPCIÓN PUEDE SER LA AUSENCIA DEL LITERAL DE FECHA/HORA.
- LA SINTAXIS ES MUY CONCISA Y DA COMO RESULTADO TEXTO CON FORMATO EN EL QUE LA MAYOR PARTE DEL ESPACIO (CON TODA LA RAZÓN) LO CONSUMEN LOS DATOS REPRESENTADOS.
- NO SE NECESITA CÓDIGO DE APLICACIÓN ADICIONAL PARA ANALIZAR TEXTO; SE PUEDE USAR LA FUNCIÓN EVAL DE JAVASCRIPT

JSON ESTÁ CONSTITUIDO POR DOS ESTRUCTURAS:

- UNA COLECCIÓN DE PARES DE NOMBRE/VALOR. EN VARIOS LENGUAJES ESTO ES CONOCIDO COMO UN OBJETO, REGISTRO, ESTRUCTURA, DICCIONARIO, TABLA HASH, LISTA DE CLAVES O UN ARREGLO ASOCIATIVO.
- UNA LISTA ORDENADA DE VALORES. EN LA MAYORÍA DE LOS LENGUAJES, ESTO SE IMPLEMENTA COMO ARREGLOS, VECTORES, LISTAS O SECUENCIAS.

CADA REGISTRO DE SESIÓN REQUIERE LOS SIGUIENTES DATOS:

- NOMBRE DEL PACIENTE
- PRIMER APELLIDO DEL PACIENTE
- SEGUNDO APELLIDO DEL PACIENTE
- NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
- AGREGADO MÉDICO
- FECHA Y HORA DE INICIO DE SESIÓN DE HEMODIÁLISIS
- CLAVE DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS
- CLAVE CIE-10 DEL DIAGNÓSTICO DE LA SESIÓN
- COMPLEMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LA SESIÓN
- PRIMER APELLIDO DEL MÉDICO TRATANTE
- SEGUNDO APELLIDO DEL MÉDICO TRATANTE
- NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE
- MATRÍCULA DEL MÉDICO TRATANTE
- CÉDULA DEL MÉDICO TRATANTE
- CLAVE DE LA VÍA DE ACCESO VASCULAR
- CLAVE DE HEPARINIZACIÓN
- PRIMER APELLIDO DEL PERSONAL QUE INICIA LA SESIÓN
- SEGUNDO APELLIDO DEL PERSONAL QUE INICIA LA SESIÓN
- NOMBRE DEL PERSONAL QUE INICIA LA SESIÓN
- MATRÍCULA DEL PERSONAL QUE INICIA LA SESIÓN
- PARA CADA MATERIAL UTILIZADO EN LA SESIÓN DEL PACIENTE:
  - CLAVE DEL MATERIAL
  - CANTIDAD UTILIZADA
- PARA CADA MEDICAMENTO SUMINISTRADO AL PACIENTE:
  - CLAVE DEL MEDICAMENTO
  - FECHA Y HORA DE SUMINISTRO
  - VÍA DE SUMINISTRO
  - DOSIS SUMINISTRADA



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada**  
**del IMSS en Puebla**  
**Jefatura de Servicios Administrativos**  
**Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**

**CONTRATO No. D22SEI2210**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA**  
**ELECTRÓNICA NACIONAL**  
**No. AA-050GYR006-E41-2022**

**SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**  
**PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20**  
**Y UMAA)**

- PARA CADA MEDICIÓN (MANUAL Y AUTOMATIZADA) TOMADA AL PACIENTE ANTES, DURANTE Y AL FINALIZAR LA SESIÓN
  - FECHA Y HORA EN QUE SE TOMA LA MEDICIÓN
  - CLAVE DE LA MEDICIÓN
  - RESULTADO DE LA MEDICIÓN
- PARA CADA SIGNO O SÍNTOMA PRESENTADO POR EL PACIENTE ANTES, DURANTE O AL FINALIZAR LA SESIÓN
  - CLAVE DEL SIGNO O SÍNTOMA PRESENTADO
- PRIMER APELLIDO DEL PERSONAL QUE FINALIZA LA SESIÓN
- SEGUNDO APELLIDO DEL PERSONAL QUE FINALIZA LA SESIÓN
- NOMBRE DEL PERSONAL QUE FINALIZA LA SESIÓN
- MATRÍCULA DEL PERSONAL QUE FINALIZA LA SESIÓN
- FECHA Y HORA DE FIN DE LA SESIÓN
- NÚMERO DE SERIE DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS EN LA QUE SE DIO LA SESIÓN AL PACIENTE
- NÚMERO DE SESIÓN DE HEMODIÁLISIS RECIBIDA POR EL PACIENTE
- OBSERVACIONES REALIZADAS DURANTE LA SESIÓN
- CLAVE DEL MOTIVO DE SUSPENSIÓN DE LA SESIÓN
- CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD MÉDICA QUE REALIZA LA SESIÓN
- FECHA Y HORA DE REGISTRO DE LA SESIÓN
- TIPO DE MENSAJE
- CLAVE DEL SERVICIO CONTRATADO
- RFC DEL PROVEEDOR
- IDENTIFICADOR DE LA APLICACIÓN
- NÚMERO DEL CONTRATO

EL ARCHIVO DE DATOS MOSTRARÁ EL REGISTRO DE CADA UNA DE LAS SESIONES DE HEMODIÁLISIS INTERNA CON LA SIGUIENTE ESTRUCTURA:

DATO	NOMBRE DEL OBJETO	TIPO DE DATO	LONGITUD DEL DATO	PRESENTACIÓN DEL DATO	RESTRICCIONES	REQUERIDO/ OPCIONAL	CATALOGO SIN
NOMBRE DEL PACIENTE	NOMBRE	VARCHAR	50			REQUERIDO	
PRIMER APELLIDO DEL PACIENTE	AP_PATERN	VARCHAR	50			REQUERIDO	
SEGUNDO APELLIDO DEL PACIENTE	AP_MATERN	VARCHAR	50			REQUERIDO	
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NSS	VARCHAR	10			REQUERIDO	
AGREGADO MÉDICO	AGRMEDICO	VARCHAR	8			REQUERIDO	
FECHA Y HORA DE INICIO DE SESIÓN DE HEMODIÁLISIS	FECHAATENCION	DATETIME	*	AAAA-MM-DDTHH.MM.SS.SSS	SE REQUIERE UN FORMATO DE 24 HRS	REQUERIDO	
CLAVE DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS	PROGDIALISIS	SMALLINT	*			REQUERIDO	S
CLAVE CIE-10 DEL DIAGNÓSTICO DE LA SESIÓN	CVECIE10	CHAR	4	DE ACUERDO AL CÓDIGO INTERNACIONAL CIE 10		EN CASO DE CONTAR CON LA CLAVE CIE-10 ES REQUERIDO ENVIARLA	S
COMPLEMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LA SESIÓN	COMPLEMENTO DIAGNOSTICO	VARCHAR	200			EN CASO DE ENVIAR VACÍO CIE-10, ESTE CAMPO ES OBLIGATORIO	
PRIMER APELLIDO DEL MÉDICO TRATANTE	APELLIDOPATERNOTRATANTE	VARCHAR	50			REQUERIDO	
SEGUNDO APELLIDO DEL MÉDICO TRATANTE	APELLIDOMATERNOTRATANTE	VARCHAR	50			OPCIONAL	
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE	NOMBRETRATANTE	VARCHAR	50			REQUERIDO	
MATRÍCULA DEL MÉDICO TRATANTE	MATRICULATRATANTE	VARCHAR	10			REQUERIDO	
CÉDULA DEL MÉDICO TRATANTE	CEDULATRATANTE	VARCHAR	20			OPCIONAL	
CLAVE DE LA VÍA DE ACCESO VASCULAR	VIAACCESO	SMALLINT	*			REQUERIDO	S
PRIMER APELLIDO DEL PERSONAL QUE INICIA LA SESIÓN	APELLIDOPATERNOINICIASESION	VARCHAR	50			REQUERIDO	
SEGUNDO APELLIDO DEL PERSONAL QUE INICIA LA SESIÓN	APELLIDOMATERNOINICIASESION	VARCHAR	50			OPCIONAL	



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada**  
**del IMSS en Puebla**  
**Jefatura de Servicios Administrativos**  
**Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**

**CONTRATO No. D22SEI2210**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA**  
**ELECTRÓNICA NACIONAL**  
**No. AA-050GYR006-E41-2022**

**SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**  
**PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20**  
**Y UMAA)**

	DATO	NOMBRE DEL OBJETO	TIPO DE DATO	LONGITUD DEL DATO	PRESENTACIÓN DEL DATO	RESTRICCIONES	REQUERIDO OPCIONAL	CATALOGO S/N
	NOMBRE DEL PERSONAL QUE INICIA LA SESIÓN	NOMBREINICIASESION	VARCHAR	50			REQUERIDO	
	MATRÍCULA DEL PERSONAL QUE INICIA LA SESIÓN	MATRICULAINICIASESION	VARCHAR	10			REQUERIDO	
MATERIALES	CLAVE DEL MATERIAL	CVEMATERIAL	SMALLINT	4			REQUERIDO	S
	CANTIDAD UTILIZADA	CANTIDADUTILIZADA	INTEGER	2			REQUERIDO PARA MATERIALES OPCIONAL PARA HEPARINIZACIÓN	
MEDICAMENTOS	CLAVE DEL MEDICAMENTO	CVEMEDICAMENTO	CHAR	14		CLAVE CORRESPONDIENTE DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS DEL IMSS	REQUERIDO	S
	FECHA Y HORA DE SUMINISTRO	FECHASUMINISTRO	DATETIME	*	AAAA-MM-DDTHH:MM:SS.SSS	SE REQUIERE UN FORMATO DE 24 HRS	REQUERIDO	
	VÍA DE SUMINISTRO	VIASUMINISTRO	INTEGER	*			REQUERIDO	S
	DOSIS SUMINISTRADA	DOSISSUMINISTRADA	VARCHAR	20			REQUERIDO	
MEDICIONES	FECHA Y HORA EN QUE SE TOMA LA MEDICIÓN	FECHATOMAMEDICION	DATETIME	*	AAAA-MM-DDTHH:MM:SS.SSS	SE REQUIERE UN FORMATO DE 24 HRS	REQUERIDO	
	CLAVE DE LA MEDICIÓN	CVEMEDICION	INTEGER	*		PARA CADA TIPO DE MEDICIÓN SE PUEDE TENER DOS OPCIONES DE ORIGEN: - MANUAL, REALIZADO POR EL PERSONAL MÉDICO - MÁQUINA REGISTRADO POR LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS SE ESPERA RECIBIR POR LO MENOS UN GRUPO DE CADA TIPO DE MEDICIÓN ESTAS MEDICIONES SE GENERAN ANTES DURANTE Y AL FINALIZAR LA SESIÓN	REQUERIDO	S
	RESULTADO DE LA MEDICIÓN	RESULTADOMEDICION	NUMERIC	10,5		SE REQUIERE CONSULTAR LOS CATÁLOGOS DE CLAVE DE MEDIDA Y TIPO DE MEDIDA	REQUERIDO	
SINTOMAS	CLAVE DEL SIGNO O SÍNTOMA PRESENTADO	CVESINTOMA	INTEGER	*			OPCIONAL	S
	PRIMER APELLIDO DEL PERSONAL QUE FINALIZA LA SESIÓN	APELLIDOPATERNOFINALIZASESION	VARCHAR	50			REQUERIDO	
	SEGUNDO APELLIDO DEL PERSONAL QUE FINALIZA LA SESIÓN	APELLIDOMATERNOFINALIZASESION	VARCHAR	50			REQUERIDO	
	NOMBRE DEL PERSONAL QUE FINALIZA LA SESIÓN	NOMBREFINALIZASESION	VARCHAR	50			REQUERIDO	
	MATRÍCULA DEL PERSONAL QUE FINALIZA LA SESIÓN	MATRICULAFINALIZASESION	VARCHAR	10			REQUERIDO	
	FECHA Y HORA DE FIN DE LA SESIÓN	FECHAFINSESION	DATETIME	*	AAAA-MM-DDTHH:MM:SS.SSS	SE REQUIERE UN FORMATO DE 24 HRS	REQUERIDO	
	NÚMERO DE SERIE DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS EN LA QUE SE DIO LA SESIÓN AL PACIENTE	NUMEROSERIEEQUIPO	CHAR	18			REQUERIDO	
	NÚMERO DE SESIÓN DE HEMODIÁLISIS RECIBIDA POR EL PACIENTE	NUMEROSESIONHEMODIALISIS	CHAR	18			REQUERIDO	
	OBSERVACIONES REALIZADAS DURANTE LA SESIÓN	OBSERVACIONES	VARCHAR	4000			OPCIONAL	



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada**  
**del IMSS en Puebla**  
**Jefatura de Servicios Administrativos**  
**Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**

**CONTRATO No. D22SEI2210**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA**  
**ELECTRÓNICA NACIONAL**  
**No. AA-050GYR006-E41-2022**

**SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**  
**PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20**  
**Y UMAA)**

DATO	NOMBRE DEL OBJETO	TIPO DE DATO	LONGITUD DEL DATO	PRESENTACIÓN DEL DATO	RESTRICCIONES	REQUERIDO OPCIONAL	CATALOGO S/N
CLAVE DEL MOTIVO DE SUSPENSIÓN DE LA SESIÓN	MOTIVOSUSPENSIÓN	CHAR	18			REQUERIDO EN CASO DE NO COMPLETARSE LA SESIÓN	S
CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD MÉDICA QUE REALIZA LA SESIÓN	CVEPRESUPUESTAL	VARCHAR	12		DATO OBTENIDO DEL CATÁLOGO DE UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	REQUERIDO	S
FECHA Y HORA DE REGISTRO DE LA SESIÓN	FECHAREGISTRO	DATETIME	-	AAAA-MM-DDTHH:MM:SS.SSS	SE REQUIERE UN FORMATO DE 24 HRS	REQUERIDO	
TIPO DE MENSAJE	TIPOMENSAJE	VARCHAR	4		MENSAJES YA DEFINIDOS POR EL SISTEMA	REQUERIDO	S
CLAVE DEL SERVICIO CONTRATADO	SERVICIOCONTRATADO	NUMBER	3		DATO OBTENIDO DEL CATÁLOGO DE SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	REQUERIDO	S
RFC DEL PROVEEDOR	RFCPROVEEDOR	VARCHAR	13		ESTE DATO CORRESPONDE PROVEEDOR QUE FIRMA LA LICITACIÓN CON EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	REQUERIDO	
IDENTIFICADOR DE LA APLICACIÓN	IDAPLICACION	CHAR	18		DATO PROPORCIONADO POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	REQUERIDO	
NÚMERO DEL CONTRATO	NUMEROCONTRATO	VARCHAR	30		DATO PROPORCIONADO POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	REQUERIDO	

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>
---	--	---

**ANEXO T 10 (T diez)**

**“CÉDULA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN CIVIL EN UNIDADES DE HEMODIÁLISIS”**

Número	Sistema de Alarma	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
Calle con Número:	Sistema de alarma cuenta con panel de control, batería de respaldo, señal de alerta visual y auditiva (sirena y luz estrobo), está enlazada a una central o servicio de emergencia	5		
Colonia:				
Municipio o Delegación:				Entidad:
Director:	Sistema de alarma cuenta con panel de control, batería de respaldo, señal de alerta visual y auditiva (sirena y luz estrobo), pero no está enlazada a una central o servicio de emergencia	3		
	No cuenta con sistema de alarma o al existente le faltan dos o más de los elementos solicitados	0		

Número	Detectores de incendio (humo)	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
2	Hay un detector por cubículo, por pasillo, y en superficies mayores, uno por cada 80 metros cuadrados; instalación cableada e integrados al sistema de alarma y conectados a un tablero con indicadores luminosos.	5		
	Hay un detector por cubículo, por pasillo, y en superficies mayores, uno por cada 80 metros cuadrados; pero su funcionamiento es únicamente a base de batería y tiene bitácora de mantenimiento semanal	3		
	No hay detectores de humo en el número requerido.	0		

Número	Extintores	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
3	Colocados a 15 metros desde cualquier lugar ocupado, a una altura máxima de 1.5 metros a la parte más alta del equipo, con carga vigente, en sitios visibles y señalizados, de fácil acceso y libres de obstáculos, cerca de puertas y trayectos normalmente recorridos y acorde a la clase de fuego que se pueda presentar.	5		
	No cuenta con el número de extintores requerido y/o no cumplen con las características solicitadas.	0		

Número	Iluminación de Emergencia	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
4	Iluminación de emergencia, ubicada en rutas de evacuación, áreas de tránsito y donde la interrupción de la fuente de luz artificial representa un riesgo; debe entrar en funcionamiento automático, enciende una o más lámparas cuando el flujo de corriente eléctrica se interrumpe.	3		
	Cumple con todo lo solicitado, excepto que no entra en funcionamiento automático.	1		



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada**  
**del IMSS en Puebla**  
**Jefatura de Servicios Administrativos**  
**Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**

**CONTRATO No. D22SEI2210**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA**  
**ELECTRÓNICA NACIONAL**  
**No. AA-050GYR006-E41-2022**

**SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**  
**PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20**  
**Y UMAA)**

No cuenta con iluminación de emergencia.

0

Número	Película de Protección en Cristales	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
5	El Programa Interno de Protección Civil, de acuerdo a los riesgos detectados, establece la necesidad de aplicar a los cristales de ventanas y puertas una película de protección que los hace inastillables y la Unidad de Hemodiálisis ya cuenta con ella, o no se requiere.	5		
	El Programa Interno de Protección Civil establece la necesidad de aplicar película de protección a los cristales, pero no se han aplicado.	0		

Número	Equipo de Protección Personal e Identificador	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
6	Equipo de protección personal: Consta como mínimo de elemento identificador (chaleco, brazaletes, gorra, etc.), casco protector, guantes (carnaza y hule), lámpara sorda y silbato.	3		
	No cuenta con equipo de protección personal.	0		

Numero	Capacitación	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
7	Constancia de capacitación del personal en el uso de extintores y procedimientos de evacuación, así como de capacitación de los integrantes de la Unidad Interna de Protección Civil.	5		
	Sólo parte del personal cuenta con constancia de capacitación en el uso de extintores o procedimientos de evacuación.	3		
	No se tiene constancia de la capacitación.	0		

Número	Salidas de Emergencia	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
8	Se cuenta con dos salidas de emergencia, considerando la puerta de acceso, con ancho mínimo de 1.20 metros y 2.10 metros de altura; abatibles en sentido de la salida, con barra anti-pánico colocada a 1.10 metros de altura, o un mecanismo que la cierre y otro que permita abrirla desde adentro mediante una operación simple de empuje, con sistema de detección de apertura y debidamente identificada.	5		
	No cuenta con salida de emergencia adicional a la de la entrada o esta no cumple alguna de las características solicitadas.	0		

Número	Programa Interno de Protección Civil	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
9	Programa Interno de Protección Civil y Brigadas aprobado por la autoridad en Protección Civil.	5		
	Se tiene el programa Interno de Protección Civil en proceso de aprobación por la autoridad en Protección Civil.	3		
	No se cuenta con el Programa Interno de Protección Civil.	0		

Número	Simulacros con evacuación	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
10	Acredita la realización de simulacros en el número establecido por la autoridad local y por lo menos uno, con hipótesis de incendio, con evidencia documental y fotográfica; la evacuación del inmueble se efectúa en un tiempo igual o menor a tres minutos.	5		



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada**  
**del IMSS en Puebla**  
**Jefatura de Servicios Administrativos**  
**Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento**

CONTRATO No. D22SEI2210

**ADJUDICACIÓN DIRECTA**  
**ELECTRÓNICA NACIONAL**  
**No. AA-050GYR006-E41-2022**

SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA  
 PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20  
 Y UMAA)

	Acredita la realización de simulacros en el número establecido por la autoridad local y por lo menos uno, con hipótesis de incendio, con evidencia documental y fotográfica; la evacuación del inmueble se efectúa en un tiempo mayor a tres minutos.	3		
	No ha efectuado simulacros o el último tiempo acreditado de evacuación es mayor a 3 minutos.	0		
Número	Licencias, Dictámenes y Certificaciones	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
11	Cuenta con visto bueno de la autoridad de protección civil, certificación del mantenimiento de equipos extintores, del estado de instalaciones eléctricas y de gas, dictamen de revisión estructural, licencias de funcionamiento y uso de suelo, contratos de servicio de alarma y seguridad, en su caso, bitácoras de mantenimiento y pólizas de seguro de responsabilidad civil con vigencia igual a la del contrato.	5		
	Cuenta con todos los documentos señalados, salvo contratos de servicio de alarma.	3		
	Falta alguno de los documentos señalados (a excepción de servicio de alarma).	0		
Número	Señalización	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
12	Las rutas de evacuación, zonas de menor riesgo, pasillos de rutas de evacuación y puntos de reunión cuentan con señalización que indican la dirección de la ruta que conduce hacia una zona de seguridad previamente establecida e identificada o punto de reunión.	3		
	No cuenta con señalización de rutas de evacuación, pasillos de rutas de evacuación y puntos de reunión.	0		

Número	Rutas de Evacuación y Puntos de Reunión	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
13	Pasillos, corredores, rampas y escaleras que sean parte del área de salida (rutas de evacuación) deben estar libres de obstáculos y permitir la circulación de dos personas adultas simultáneamente, y la distancia del recorrido de cualquier punto a la salida no deberá ser mayor a 40 metros, en caso contrario se deberá garantizar que el tiempo máximo de evacuación a un lugar seguro sea igual o menor a 3 minutos.	3		
	La distancia del recorrido de cualquier punto a la salida es mayor a 40 metros y el tiempo máximo de evacuación a un lugar seguro es mayor a 3 minutos.	0		

Número	Escaleras y rampas	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
14	Las escaleras tienen un ancho mínimo de 0.90 metros, con dos pasamanos fijos a una altura de 0.60 y 0.90 metros; los elementos verticales de los barandales (baleustres) se encuentran colocados en cada escalón en caso de que no se cuente con baranda o a cada cuatro escalones en caso de contar con ella; cuentan con al menos un descanso; el ancho de los descansos es igual o mayor a la anchura reglamentaria de la escalera; la huella de los escalones tiene un ancho mínimo de 0.27 metros, y cuenta con material antiderrapante; los escalones tienen como máximo una altura de 0.23 metros.	3		
	Rampas con de mínimo 1.20 metros de ancho y pendiente no mayor de 6%, el acabado de la rampa con textura antiderrapante y barandales a 0.90metros para adultos y a 0.60 metros para menores.			

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b>  <b>Jefatura de Servicios Administrativos</b>  <b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b>	<b>CONTRATO No. D22SEI2210</b>  <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b>  <b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b>

No cumple con alguno de los requisitos.	0	
---	---	--

Número	Puertas Internas	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
15	Las Puertas internas tienen como mínimo 0.90 metros de ancho por 2.10 metros de altura y su abatimiento no obstaculiza el sentido de la ruta de evacuación.	3		
	Su abatimiento obstaculiza el sentido de la ruta de evacuación.	1		
	Las puertas no tienen las medidas señaladas.	0		

Número	Materiales de Construcción con Retardante al Fuego	Valor	Puntaje Obtenido	Observaciones
16	Cuenta con retardante al fuego en paredes que no son de ladrillo, postes, vigas y techumbres de madera.	5		
	No cuenta con retardante al fuego en paredes que no son de ladrillo, postes, vigas y techumbres de madera.	0		

<b>Total</b>				
--------------	--	--	--	--

Referencia para Contratación		
No contratación	Contratación Condicionada	Contratación
0 a 29	Amarillo 30 a 57	Verde 58 a 76

**Nota:**

Un puntaje "0" en cualquiera de los parámetros que a continuación se enlistan, imposibilitan la contratación del Servicio Subrogado de Hemodiálisis.

- 1.- Sistema de Alarmas
- 2.- Detectores de Humo
- 3.- Extintores
- 4.- Capacitación
- 5.- Salida de Emergencia
- 6.- Programa de Protección Civil
- 7.- Simulacros de Evacuación
- 8.- Licencias, Dictámenes y Certificaciones

<b>POR EL INSTITUTO</b>
Jefe del Departamento de Conservación y Servicios Generales en Delegación ó UMAE

<b>VERIFICADOR POR EL INSTITUTO</b>
Técnico Especialista en Seguridad en el Trabajo

<b>DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS</b>
<b>VERIFICADOR POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS</b>

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p style="text-align: center;">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p style="text-align: center;">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p style="text-align: center;">CONTRATO No. D22SEI2210</p> <p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL No. AA-050GYR006-E41-2022</b></p> <p style="text-align: center;">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	--

**ANEXO TI 12 (TI doce)  
ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD**

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

México D.F., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

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

**CLÁUSULAS**

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

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

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

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

Adicionalmente, **“EL PRESTADOR”** se obliga a lo siguiente:

- 1) Utilizar toda la información a que tenga acceso o generada con motivo de su prestación de servicio ante **“EL INSTITUTO”** únicamente para cumplimentar el objeto del contrato adjudicado.
- 2) Limitar la revelación de la información y documentación a que tenga acceso, únicamente a las personas que dentro de su propia organización se encuentren autorizadas para conocerla, haciendo responsable del uso que dichas personas puedan hacer de la misma.
- 3) No hacer copias de la información, sin la autorización por escrito de **“EL INSTITUTO”**.
- 4) No revelar a ningún tercero la información, sin la previa autorización por escrito de **“EL INSTITUTO”**.
- 5) Mantener estricta confidencialidad de la información y/o documentación relacionada con la prestación del servicio, bajo la pena de incurrir en responsabilidad penal, civil o de otra índole, y por lo tanto, no podrá ser divulgada, transmitida, ni utilizada en beneficio propio o de tercero.

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

	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p align="center"><b>Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</b></p> <p align="center"><b>Jefatura de Servicios Administrativos</b></p> <p align="center"><b>Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</b></p>	<p align="center"><b>CONTRATO No. D22SEI2210</b></p> <p align="center"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> <b>No. AA-050GYR006-E41-2022</b></p> <p align="center"><b>SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</b></p>
---	---	--

“EL PRESTADOR” conviene en limitar el acceso de dicha información confidencial a sus empleados o representantes, sin embargo, necesariamente harán partícipes y obligados solidarios a aquéllos, respecto de sus obligaciones de confidencialidad aquí contraídas. Cualquier persona que tuviere acceso a dicha información, deberá ser advertida de lo convenido en este documento, comprometiéndose a observar y cumplir lo estipulado en este punto.

“EL PRESTADOR” acepta que todas las especificaciones, productos, estudios técnicos, informes, dictámenes, desarrollos, códigos fuente y programas, datos clínicos, así como todo aquello que se obtenga como resultado en la prestación del servicio, serán confidenciales.

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

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

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

El presente documento se registrará por las leyes vigentes en la Ciudad de México, Distrito Federal. 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, Distrito Federal, 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 la Toledo 21, 4° piso, Col Juárez, Del. Cuauhtémoc, México, D.F. C.P. 06600 el [día] de [mes] de 201[año].

**EL INSTITUTO**  
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

**EL PRESTADOR**  
[Nombre del Proveedor Adjudicado]

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del representante legal con  
facultades laborales

	<p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p align="center">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p align="center">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p align="center">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p align="center">CONTRATO No. D22SEI2210</p> <p align="center"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p align="center">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	---

**Anexo TI 13 (TI trece)  
DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS**

[HOJA MEMBRETADA POR EL PROVEEDOR DEL SERVICIO]

[LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL OFICIO]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ATENCIÓN:  
 [TITULAR DE LA DIVISIÓN AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN]  
 TITULAR DE LA DIVISIÓN DE IMPLEMENTACIÓN DE  
 SOLUCIONES TECNOLÓGICAS PARA LOS SERVICIOS  
 DE SALUD  
 P R E S E N T E

Estimado [TITULAR DE LA DIVISIÓN AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN] a nombre de mi representada [NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO] me permito por medio del presente dar a conocer los datos de contacto de la persona(s) responsable(s) de establecer comunicación entre el Instituto y nuestra representada para todo lo referente al Sistema de Información, de acuerdo al Anexo TI13 (TI trece) "Designación de contacto responsable con sus datos", 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 de Hemodiálisis Extramuros, 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]

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p style="text-align: center;">Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en Puebla</p> <p style="text-align: center;">Jefatura de Servicios Administrativos</p> <p style="text-align: center;">Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento</p>	<p style="text-align: center;">CONTRATO No. D22SEI2210</p> <p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA ELECTRÓNICA NACIONAL</b> No. AA-050GYR006-E41-2022</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA LA CAPITAL DEL ESTADO (H.G.Z. No. 20 Y UMAA)</p>
---	--	--

**Anexo TI 14 (TI catorce)  
DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE**

[HOJA MEMBRETADA POR EL PROVEEDOR DEL SERVICIO]

[LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL OFICIO]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ATENCIÓN:  
 [TITULAR DE LA DIVISIÓN AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN]  
 TITULAR DE LA DIVISIÓN DE IMPLEMENTACIÓN DE  
 SOLUCIONES TECNOLÓGICAS PARA LOS SERVICIOS  
 DE SALUD  
 P R E S E N T E

Estimado [TITULAR DE LA DIVISIÓN AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN] a nombre de mi representada [NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO] me permito por medio del presente dar a conocer los datos de el (los) Sistema(s) de Información que propone implantar en las Unidades de Hemodiálisis y la(s) empresa(s) que le dará soporte, de acuerdo al Anexo TI14 (TI catorce) "Designación de sistema y empresa soporte", los cuales se detallan a continuación:

- [NOMBRE COMPLETO DEL SISTEMA]
- [VERSIÓN DEL SISTEMA]
- [UNIDADES DONDE IMPLANTARA ESTE SISTEMA]
- [NOMBRE COMPLETO DE LA EMPRESA SOPORTE]
- [DIRECCIÓN COMPLETA DE LA EMPRESA SOPORTE]
- [NOMBRE COMPLETO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]
- [TELÉFONO Y EXTENSIÓN DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]
- [CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]

Lo anterior para dar cumplimiento con lo requerido en el contrato [NUMERO DE CONTRATO VIGENTE ENTRE EL PROVEEDOR Y EL INSTITUTO] de fecha [LA FECHA DEL CONTRATO] como prestación del Servicio de Hemodiálisis Extramuros, 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]

Atentamente  
 "Seguridad y Solidaridad Social".

Dr. José Guillermo Islas Hernández  
 Titular de la Coordinación de Prevención  
 y Atención a la Salud.

