CONTRATO ABIERTO PARA LA CONTRATACIÓN DEL **SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA EJERCICIO 2026, PARA EL OOAD ESTATAL SAN LUIS POTOSI (PARTIDA 3 HGZ 06)** QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN LO SUCESIVO **"EL INSTITUTO"**, REPRESENTADO POR **LA DRA. ANGÉLICA CRISTINA RODRÍGUEZ NESTER,** TITULAR DEL **ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL EN SAN LUIS POTOSÍ,** EN SU CARÁCTER DE **REPRESENTANTE LEGAL**, Y POR LA OTRA, LA EMPRESA DENOMINADA **NEFROLOGIA Y DIALISIS DE SAN LUIS, S.C.,** EN LO SUCESIVO **"EL PROVEEDOR"**, REPRESENTADA POR EL **C. ELOIS EGARDO HERNANDEZ NIÑO**, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, A QUIENES DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ **"LAS PARTES"**, AL TENOR DE LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

**DECLARACIONES**

**1.** **"EL INSTITUTO"** DECLARA QUE:

**I.1** ES UN ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, CON PERSONALIDAD JURÍDICA Y PATRIMONIO PROPIO, QUE TIENE A SU CARGO LA ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL, COMO UN SERVICIO PÚBLICO DE CARÁCTER NACIONAL, EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 4 Y 5 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.

**I.2** CONFORME A LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 251-A DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, 2 FRACCIÓN IV INCISO A) 139, 144 FRACCIONES I Y XXII Y 155 FRACCIÓN XIX DEL REGLAMENTO INTERNO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, LA **DRA. ANGELICA CRISTINA RODRIGUEZ NESTER** EN SU CARÁCTER DE **TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL SAN LUIS POTOSÍ**, CON R.F.C [redacted] ES EL SERVIDOR PÚBLICO QUE TIENE CONFERIDAS LAS FACULTADES LEGALES PARA CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO, QUIEN PODRÁ SER SUSTITUIDO EN CUALQUIER MOMENTO EN SU CARGO O FUNCIONES, SIN QUE ELLO IMPLIQUE LA NECESIDAD DE ELABORAR CONVENIO MODIFICATORIO; QUIÉN ACREDITA SU PERSONALIDAD DE APODERADO LEGAL CONFORME A LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 31023 DE FECHA 03 DE DICIEMBRE DE 2024, OTORGADO ANTE LA FE DEL NOTARIO PÚBLICO LICENCIADO EDUARDO FRANCISCO GARCIA VILLEGAS SANCHEZ CORDERO NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 248 EN LA CIUDAD DE MÉXICO. DICHO PODER QUEDÓ DEBIDAMENTE INSCRITO EN EL REGISTRO PÚBLICO DE ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS EL 10/12/2024 BAJO EL FOLIO NÚMERO 97-7-10122024-192742.

**I.3** DE CONFORMIDAD CON LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO EL **DR. JUAN PABLO GARCÍA UGALDE** SU CARÁCTER DE COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS, ACTUANDO COMO **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y ÁREA TÉCNICA** CON R.F.C [redacted] FACULTADO PARA **ADMINISTRAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE DERIVEN DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO**, QUIEN PODRÁ SER SUSTITUIDO EN CUALQUIER MOMENTO EN SU CARGO O FUNCIONES, BASTANDO PARA TALES EFECTOS UN COMUNICADO POR ESCRITO Y FIRMADO POR EL SERVIDOR PÚBLICO FACULTADO PARA ELLO, DIRIGIDO AL REPRESENTANTE DE **"EL PROVEEDOR"** PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO, ENCARGADOS DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

**I.4** DE CONFORMIDAD CON LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO EL **DRA. MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ SIERRA** EN SU CARÁCTER DE **JEFA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS** DE "**EL INSTITUTO**", ACTUANDO COMO, **ÁREA REQUIRENTE**, CON R.F.C. [redacted] EN TÉRMINOS DE LAS POLITICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

**I.5** DE CONFORMIDAD CON LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO LA **MTRA. MARISOL MIER CASTILLO** EN SU CARÁCTER DE TITULAR DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO FACULTADO PARA ACTUAR COMO **ÁREA CONTRATANTE** CON R.F.C [redacted] EN TÉRMINOS DE LAS POLITICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

**I.6** LA ADJUDICACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO SE REALIZÓ MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO DE **LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS** NÚMERO **LA-50-GYR-050GYR023-T-33-2026** DE FECHA **12 DE MARZO DE 2026** ,REALIZADO AL AMPARO DE LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Y DE CONFORMIDAD CON LOS **ARTÍCULOS 6 , 33 PRIMER PÁRRAFO, 35 FRACCIÓN I, 36, 39 FRACCIÓN II, 40, 43, 44, 49, 67 Y 68 DE LA LAASSP**, ARTÍCULO **130 DEL RLAASSP**.

**I.8** **"EL INSTITUTO"** CUENTA CON RECURSOS SUFICIENTES Y CON AUTORIZACIÓN PARA EJERCERLOS EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO, COMO SE DESPRENDE DEL DICTAMEN DE SUFICIENCIA PRESUPUESTARIA NÚMERO **0000026861-2026 / CUENTA 42061604 / FINAT 51331002 / COG 33901**, EMITIDO POR LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO.

**I.9** CUENTA CON EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES **IMS-421231-I45**.

**I.10** TIENE ESTABLECIDO SU DOMICILIO EN AVENIDA CUAUHTÉMOC NÚMERO 255, COLONIA MODERNA, C.P. 78233 DE LA CIUDAD DE SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P. MISMO QUE SEÑALA PARA LOS FINES Y EFECTOS LEGALES DEL PRESENTE CONTRATO.



Se elimina RFC por considerarse información confidencial de una persona física identificada o identificable. Lo anterior de conformidad con los artículos 112 y 115 párrafo primero de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

**II.** **"EL PROVEEDOR"**, POR CONDUCTO DE SU REPRESENTANTE DECLARA QUE:

**II.1** ES UNA SOCIEDAD CIVIL LEGALMENTE CONSTITUIDA SEGÚN CONSTA EN EL **ACTA NÚMERO 9,224** DE FECHA **29 DE AGOSTO DE 2000**, PASADA ANTE LA FE DEL **LIC. ROBERTO CASTAÑÓN RUÍZ**, TITULAR DE LA NOTARIA PÚBLICA NÚMERO **8** DE **SAN LUIS POTOSÍ**, BAJO LA DENOMINACIÓN "**NEFROLOGÍA Y DIÁLISIS DE SAN LUIS, S.C.**", CUYO OBJETO SOCIAL ES, ENTRE OTROS, PRESTAR SERVICIOS PARA EL DIAGNÓSTICO TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES RENALES, INCLUYENDO BIOPSIAS RENALES, ANGIOGRAFÍAS, CATETERISMOS Y ANGIOPLASTIAS ARTERIALES Y VENOSAS RENALES; BRINDAR SERVICIOS DE DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS PARA EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN SU FASE TERMINAL.

**II.2** EL **C. ELOIS EDGARDO HERNANDEZ NIÑO**, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, CUENTA CON FACULTADES SUFICIENTES PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONTRATO Y OBLIGAR A SU REPRESENTADA EN LOS TÉRMINOS, LO CUAL ACREDITA MEDIANTE LA **ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 87,509** DE FECHA **26 DE MARZO DE 2020**, PASADA ANTE LA FE DEL **LIC. AGUSTÍN CASTILLO TORO**, TITULAR DE LA NOTARÍA PÚBLICA NÚMERO **5** CON EJERCICIO EN EL PRIMER DISTRITO JUDICIAL DE **SAN LUÍS POTOSÍ**, E INSCRITA EN EL REGISTRO ESTATAL DE PODERES NOTARIALES DE LA MISMA ENTIDAD, EN MISMO QUE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTA QUE NO LE HAN SIDO LIMITADO NI REVOCADO EN FORMA ALGUNA.

**II.3** REÚNE LAS CONDICIONES TÉCNICAS, JURÍDICAS Y ECONÓMICAS, Y CUENTA CON LA ORGANIZACIÓN Y ELEMENTOS NECESARIOS PARA SU CUMPLIMIENTO.

**II.4** CUENTA CON SU REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES **NDS-000829-B54.**

**II.5** ACREDITA EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES, EN TERMINOS DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 32-D DEL CÓDIGO FISCAL FEDERAL VIGENTE, INCLUYENDO TODAS LAS APORTACIONES PATRONALES Y ENTERO DE DESCUENTOS, ANTE EL INTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES (INFONAVIT) Y LAS DE SEGURIDAD SOCIAL ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS); CONFORME A LAS OPINIONES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FISCALES Y EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SENTIDO POSITIVO, EMITIDAS POR EL SAT E IMSS, RESPECTIVAMENTE.

**II.6** SE SEÑALA PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, PARA OÍR Y RECIBIR TODA CLASE DE NOTIFICACIONES Y DOCUMENTOS EN EL DOMICILIO UBICADO EN **MUÑOZ,** NÚMERO **555**, COLONIA **TEQUISQUIAPAN**, CÓDIGO POSTAL **78230**, **SAN LUIS POTOSI, SAN LUIS POTOSI**, LOS TELÉFONOS: **444-833-6237, 444-836-6238 Y 444-962-8038**, CORREO ELECTRÓNICO: miriam.fabian@yahoo.co.mx

**III.** **DE "LAS PARTES":**

**III.1** QUE ES SU VOLUNTAD CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO Y SUJETARSE A SUS TÉRMINOS Y CONDICIONES, POR LO QUE DE COMÚN ACUERDO SE OBLIGAN DE CONFORMIDAD CON LAS SIGUIENTES:

## CLÁUSULAS

**PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO.**

**"EL PROVEEDOR"** ACEPTA Y SE OBLIGA A PROPORCIONAR A **"EL INSTITUTO"** EL **SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA EJERCICIO 2026, PARA EL OOAD ESTATAL SAN LUIS POTOSI (PARTIDA 3 HGZ 06)**, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS EN LA CONVOCATORIA **LA-50-GYR-050GYR023-T-33-2025**, CON FECHA DE FALLO **12 DE MARZO DE 2026**, ESTE CONTRATO Y SUS ANEXOS:

**ANEXO 1 – ASIGNACIÓN Y PROPUESTA ECONOMICA**
**ANEXO 2 – REQUERIMIENTO Y ANEXO TÉCNICO**
**ANEXO 3 - TÉRMINOS Y CONDICIONES Y ANEXOS "T"**
**ANEXO 4 - FORMATO PARA FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**

LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL MISMO.

**SEGUNDA. MONTO DEL CONTRATO**

**"EL INSTITUTO"** PAGARÁ A **"EL PROVEEDOR"** COMO CONTRAPRESTACIÓN POR LOS SERVICIOS OBJETO DE ESTE CONTRATO, LA CANTIDAD MÍNIMA DE **$9,200,000.00 M.N. (NUEVE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS 00/100 MONEDA NACIONAL)** INCLUYE EL I.V.A. Y EL MONTO TOTAL MÁXIMO DEL MISMO ES POR LA CANTIDAD DE **$23,000,000.00 M.N. (VEINTITRÉS MILLONES DE PESOS 00/100 MONEDA NACIONAL)** INCLUYE EL I.V.A., DE CONFORMIDAD CON LOS PRECIOS UNITARIOS QUE SE INDICAN EN EL ANEXO 1 (UNO) DEL PRESENTE CONTRATO.

LOS PRECIOS UNITARIOS SON CONSIDERADOS FIJOS Y EN MONEDA NACIONAL HASTA QUE CONCLUYA LA RELACIÓN CONTRACTUAL QUE SE FORMALIZA, INCLUYENDO TODOS LOS CONCEPTOS Y COSTOS INVOLUCRADOS EN LA PRESTACIÓN DEL **SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA EJERCICIO 2026, PARA EL OOAD ESTATAL SAN LUIS POTOSI (PARTIDA 3 HGZ 06)**, POR LO QUE **"EL PROVEEDOR"** NO PODRÁ AGREGAR NINGÚN COSTO EXTRA Y LOS PRECIOS SERÁN INALTERABLES DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO.

**TERCERA. ANTICIPO.**

PARA EL PRESENTE CONTRATO **"EL INSTITUTO"** NO OTORGARÁ ANTICIPO A **"EL PROVEEDOR"**

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

**"EL INSTITUTO"** EFECTUARÁ EL PAGO A TRAVÉS DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA EN PESOS DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, A MES VENCIDO (OTRA TEMPORALIDAD O CALENDARIO ESTABLECIDO) O PORCENTAJE DE AVANCE (PAGOS PROGRESIVOS), CONFORME A LOS SERVICIOS EFECTIVAMENTE PRESTADOS Y A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL **ANEXO 2 – REQUERIMIENTO Y ANEXO TÉCNICO, ANEXO 3 - TÉRMINOS Y CONDICIONES Y ANEXOS "T"**, QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE ESTE CONTRATO.

**"EL INSTITUTO"** REALIZARÁ EL PAGO EN UN PLAZO MÁXIMO DE 20 (VEINTE) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES, CONTADOS A PARTIR DEL ENVÍO Y VERIFICACIÓN DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL POR INTERNET (CFDI) O FACTURA ELECTRÓNICA A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA, Y CON LA ACEPTACIÓN DEL ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO, PREVIA ENTREGA DE LOS BIENES.

LA REPRESENTACIÓN IMPRESA DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL POR INTERNET (CFDI), DEBE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 29-A DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN, EN LA QUE SE INDIQUE:

- EL NÚMERO DE PROVEEDOR,
- NÚMERO DE CONTRATO, Y
- NÚMERO DE PEDIDO - RECEPCION,
- OPINION DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES FICALES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL (IMSS) POSITIVA Y VIGENTE.

CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE PAGO DEL ANEXO 2 VIGENTE DE LA NORMATIVIDAD DE PAGO DE LAS CUENTAS CONTABLES; (51331002), MISMO QUE DEBERÁ SER ENTREGADO EN LAS VENTANILLAS DEL DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y EROGACIONES, LA OFICINA DE TRÁMITE DE EROGACIONES, ESTÁ UBICADO EN AV. CUAUHTÉMOC 255, COLONIA MODERNA, C.P. 78250, SAN LUIS, S.L.P. DENTRO DEL HORARIO DE ATENCIÓN DE LAS 9:00 HORAS A LAS 13:00 HORAS.

LOS BIENES Y/O SERVICIOS CUYA RECEPCIÓN NO GENERE ALTA A TRAVÉS DEL SAI O EL FINAT DE MANERA ELECTRÓNICA, DEBERÁN CONTENER LA FIRMA DE RECEPCIÓN Y DE AUTORIZACIÓN PARA EL TRÁMITE DE PAGO DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL "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" VIGENTE.

PARA LA VALIDACIÓN DE DICHOS COMPROBANTES EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ CARGAR EN INTERNET, A TRAVÉS DEL PORTAL DE SERVICIOS A PARTICIPANTES DE LA PÁGINA 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.

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

B) EN CASO DE QUE EL PARTICIPANTE ADJUDICADO PRESENTE SU COMPROBANTE FISCAL DIGITAL (CFDI), CON ERRORES O DEFICIENCIAS, EL PLAZO DE PAGO SE AJUSTARÁ EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 135 DEL RLAASSP.

C) EL PAGO SE REALIZARÁ MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS, A TRAVÉS DEL ESQUEMA ELECTRÓNICO INTERBANCARIO QUE EL IMSS TIENE EN OPERACIÓN, PARA TAL EFECTO EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ PROPORCIONAR EN SU OPORTUNIDAD EL NÚMERO DE CUENTA, CLABE, BANCO Y SUCURSAL A MENOS QUE ÉSTE ACREDITE EN FORMA FEHACIENTE LA IMPOSIBILIDAD PARA ELLO.

D) EL PAGO SE DEPOSITARÁ EN LA FECHA PROGRAMADA, A TRAVÉS DEL ESQUEMA INTERBANCARIO SI LA CUENTA BANCARIA DEL PARTICIPANTE ADJUDICADO ESTÁ CONTRATADA CON BANORTE, BBVA BANCOMER, HSBC, SCOTIABANK INVERLAT O A TRAVÉS DEL ESQUEMA INTERBANCARIO VÍA SISTEMA DE PAGOS ELECTRÓNICOS INTERBANCARIOS SI LA CUENTA PERTENECE A UN BANCO DISTINTO A LOS ANTES MENCIONADOS, PARA TAL EFECTO

DEBERÁ PRESENTAR EN EL DEPARTAMENTO DE FINANZAS, PETICIÓN ESCRITA 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, SUCURSAL Y PLAZA, ASÍ COMO, NÚMERO DE PARTICIPANTE ADJUDICADO ASIGNADO POR EL IMSS.

ANEXO A LA SOLICITUD DEBERÁ EL PARTICIPANTE ADJUDICADO, 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 SERÁN DEVUELTOS EN EL MISMO ACTO.

EN CASO DE QUE EL PARTICIPANTE ADJUDICADO 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 CONTRARECIBO Y SU APLICACIÓN SE LLEVARÁ A CABO AL DÍA HÁBIL SIGUIENTE, DE ACUERDO CON EL MECANISMO ESTABLECIDO POR EL CENTRO DE COMPENSACIÓN BANCARIA (CECOBAN)

E) EN NINGÚN CASO, SE DEBERÁ AUTORIZAR EL PAGO DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS, SÍ NO SE HA DETERMINADO, CALCULADO Y NOTIFICADO AL PARTICIPANTE ADJUDICADO LAS PENAS CONVENCIONALES O DEDUCCIONES PACTADAS EN EL CONTRATO Y/O PEDIDO, RESPECTIVO, ASÍ COMO SU REGISTRO Y VALIDACIÓN EN EL SISTEMA FINAT.

EN CASO DE APLICAR, EL CONTRATO Y/O PEDIDO, DEBERÁ SEÑALAR QUE EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR EL CFDI (COMPROBANTE FISCAL DIGITAL POR INTERNET) A FAVOR DEL IMSS POR EL IMPORTE DE LA APLICACIÓN DE LA PENA CONVENCIONAL POR ATRASO O DEFICIENCIA DEL SERVICIO.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO QUE ENTREGUE BIENES Y/O SERVICIOS AL INSTITUTO, Y QUE CELEBRE CONTRATO DE CESIÓN DE DERECHOS DE COBRO, DEBERÁN NOTIFICARLO POR ESCRITO AL IMSS CON UN MÍNIMO DE 5 DÍAS NATURALES ANTERIORES A LA FECHA DE PAGO PROGRAMADA, EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y/O PEDIDO, O EN SU CASO, EL TITULAR DEL ÁREA REQUIRENTE, DEBERÁ ENTREGAR LOS DOCUMENTOS SUSTANTIVOS DE DICHA CESIÓN AL ÁREA RESPONSABLE DE AUTORIZAR ÉSTA, CONFORME AL "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", ASIMISMO EL PARTICIPANTE ADJUDICADO PODRÁ OPTAR POR COBRAR A TRAVÉS DE FACTORAJE FINANCIERO CONFORME AL PROGRAMA DE CADENAS PRODUCTIVAS DE NACIONAL FINANCIERA, S.N.C. INSTITUCIÓN DE BANCA DE DESARROLLO CON EL "EL INSTITUTO".

ASIMISMO, EL INSTITUTO ACEPTARÁ DEL PARTICIPANTE ADJUDICADO, QUE EN EL SUPUESTO DE QUE TENGA CUENTAS LIQUIDAS Y EXIGIBLES A SU CARGO, APLICARLAS CONTRA LOS ADEUDOS QUE, EN SU CASO, TUVIERA POR CONCEPTO DE CUOTAS OBRERO-PATRONALES, CONFORME A LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 40 B ÚLTIMO PÁRRAFO, DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL QUE ESTE AUTORIZA QUE SE LE APLIQUE LOS RECURSOS DERIVADOS DEL CONTRATO Y/O PEDIDO, CONTRA LOS ADEUDOS QUE, EN SU CASO, TUVIERA A FAVOR DEL INSTITUTO.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO CUYO MONTO ADJUDICADO EXCEDA DE $300,000.00 (TRESCIENTOS MIL PESOS 00/100 M.N.) SE REQUERIRÁ A LOS PROVEEDORES, LA OPINIÓN FAVORABLE DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FISCALES 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, A EFECTO DE CUMPLIR CON LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 32-D, PRIMERO, SEGUNDO, TERCERO, CUARTO Y ÚLTIMO PÁRRAFOS DEL CFF, ASÍ COMO A LO DISPUESTO POR LA RESOLUCIÓN MISCELÁNEA FISCAL DEL EJERCICIO QUE CORRESPONDA, MISMAS QUE TENDRÁN UNA VIGENCIA DE 30 DÍAS NATURALES A PARTIR DE SU EMISIÓN.

TAMBIÉN DEBERÁ ANEXAR COPIA DE LA "CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL EN MATERIA DE APORTACIONES PATRONALES Y ENTERO DE AMORTIZACIONES", DEBIENDO REALIZAR LA SOLICITUD DE SITUACIÓN ANTE EL INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES (INFONAVIT) VIGENTE Y POSITIVA, MISMA QUE TENDRÁ UNA VIGENCIA DE 30 DÍAS NATURALES A PARTIR DE SU EMISIÓN.

EN CASO DE QUE EL PARTICIPANTE ADJUDICADO NO ADJUNTE LA "OPINIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL" O NO ESTÉ VIGENTE Y/O SEA NEGATIVA, NO SE RECIBIRÁ SU DOCUMENTACIÓN, E INFORMARÁ QUE DEBERÁ OBTENER LA CITADA OPINIÓN, O EN CASO DE QUE SEA NEGATIVA, QUE PUEDE PRESENTAR ACLARACIÓN O PAGAR SUS CRÉDITOS FISCALES ANTE LA SUBDELEGACIÓN QUE LE CORRESPONDA O EN CASO DE QUE NO ESTÉ VIGENTE, QUE DEBERÁ OBTENERLA NUEVAMENTE.

EN CASO DE QUE EL PARTICIPANTE ADJUDICADO RECIBA PAGOS EN EXCESO DEBERÁ REINTEGRAR DICHAS CANTIDADES MÁS LOS INTERESES CORRESPONDIENTES, CONFORME A LA TASA QUE ESTABLEZCA LA LEY DE INGRESOS DE LA FEDERACIÓN, PARA LOS CASOS DE PRÓRROGA CUANDO EXISTAN CRÉDITOS FISCALES, LOS INTERESES SE CALCULARÁN SOBRE LAS CANTIDADES EN EXCESO Y SE COMPUTARÁN POR DÍAS NATURALES DESDE LA FECHA DE SU ENTREGA HASTA LA FECHA EN QUE SE PONGA EFECTIVAMENTE LAS CANTIDADES A DISPOSICIÓN DEL "EL INSTITUTO".

**IMPUESTOS Y DERECHOS:** LOS IMPUESTOS Y DERECHOS QUE PROCEDAN CON MOTIVO DE LA ADQUISICIÓN DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS OBJETO DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN SERÁN PAGADOS POR EL PARTICIPANTE ADJUDICADO CONFORME A LA LEGISLACIÓN APLICABLE EN LA MATERIA.

EL INSTITUTO SÓLO CUBRIRÁ EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES EN LA MATERIA.

**TERMINACIÓN ANTICIPADA:** DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 78 DE LA LAASSP, EL INSTITUTO PODRÁ DAR POR TERMINADO ANTICIPADAMENTE EL PRESENTE CONTRATO Y/O PEDIDO, 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 Y/O SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO Y/O PEDIDO, Y SE DEMUESTRE QUE DE CONTINUAR CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS SE OCASIONARÍA ALGÚN DAÑO O PERJUICIO A EL INSTITUTO 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 ANTICORRUPCIÓN Y BUEN GOBIERNO.

EN ESTOS CASOS EL INSTITUTO REEMBOLSARÁ AL PARTICIPANTE ADJUDICADO LOS GASTOS NO RECUPERABLES EN QUE HAYA INCURRIDO, SIEMPRE QUE ESTOS SEAN RAZONABLES, ESTÉN COMPROBADOS Y SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

**QUINTA. LUGAR, PLAZOS Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.**

LA PRESTACIÓN DEL **SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA EJERCICIO 2026, PARA EL OOAD ESTATAL SAN LUIS POTOSI (PARTIDA 3 HGZ 06)** CONFORME A LOS PLAZOS, CONDICIONES Y ENTREGABLES ESTABLECIDOS POR **"EL INSTITUTO"** EN EL CUERPO DE LA LICITACIÓN PÚBLICA.

LOS SERVICIOS DEBERÁN SER ENTREGADOS EN LAS UNIDADES Y DE ACUERDO A LO DESCRITO EN EL **"ANEXO 2 – REQUERIMIENTO Y ANEXO TÉCNICO, ANEXO 3 - TÉRMINOS Y CONDICIONES Y ANEXOS "T"**, PARTE DE ESTE CONTRATO

**SEXTA. VIGENCIA**

**"LAS PARTES"** CONVIENEN EN QUE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ A PARTIR DEL DÍA NATURAL SIGUIENTE DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO, ES DECIR DEL DÍA **13 DE MARZO DE 2026 Y HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2026**.

**SÉPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO.**

**"LAS PARTES"** ESTÁN DE ACUERDO QUE **"EL INSTITUTO"** POR RAZONES FUNDADAS Y EXPLÍCITAS PODRÁ AMPLIAR EL MONTO O LA CANTIDAD DE LOS SERVICIOS, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 74 DE LA "LAASSP", SIEMPRE Y CUANDO LAS MODIFICACIONES NO REBASEN EN SU CONJUNTO EL 20% (VEINTE POR CIENTO) DE LOS ESTABLECIDOS ORIGINALMENTE, EL PRECIO UNITARIO SEA IGUAL AL ORIGINALMENTE PACTADO Y EL CONTRATO ESTÉ VIGENTE. LA MODIFICACIÓN SE FORMALIZARÁ MEDIANTE LA CELEBRACIÓN DE UN CONVENIO MODIFICATORIO.

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

DE PRESENTARSE CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR, O POR CAUSAS ATRIBUIBLES A **"EL INSTITUTO"**, SE PODRÁ MODIFICAR EL PLAZO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, DEBIENDO ACREDITAR DICHOS SUPUESTOS CON LAS CONSTANCIAS RESPECTIVAS. LA MODIFICACIÓN DEL PLAZO POR CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR PODRÁ SER SOLICITADA POR CUALQUIERA DE **"LAS PARTES"**.

EN LOS SUPUESTOS PREVISTOS EN LOS DOS PÁRRAFOS ANTERIORES, NO PROCEDERÁ LA APLICACIÓN DE PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO.

CUALQUIER MODIFICACIÓN AL PRESENTE CONTRATO DEBERÁ FORMALIZARSE POR ESCRITO, Y DEBERÁ SUSCRIBIRSE POR EL SERVIDOR PÚBLICO DE **"EL INSTITUTO"** QUE LO HAYA HECHO, O QUIEN LO SUSTITUYA O ESTÉ FACULTADO PARA ELLO, PARA LO CUAL **"EL PROVEEDOR"** REALIZARÁ EL AJUSTE RESPECTIVO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO, EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 136, ÚLTIMO PÁRRAFO DEL REGLAMENTO DE LA LAASSP, SALVO QUE POR DISPOSICIÓN LEGAL SE ENCUENTRE EXCEPTUADO DE PRESENTAR GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.

**"EL INSTITUTO"** SE ABSTENDRÁ DE HACER MODIFICACIONES QUE SE REFIERAN A PRECIOS, ANTICIPOS, PAGOS PROGRESIVOS, ESPECIFICACIONES Y, EN GENERAL, CUALQUIER CAMBIO QUE IMPLIQUE OTORGAR CONDICIONES MÁS VENTAJOSAS A UN PROVEEDOR COMPARADAS CON LAS ESTABLECIDAS ORIGINALMENTE.

**OCTAVA. GARANTÍA DE LOS SERVICIOS**

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL **ANEXO 2 – REQUERIMIENTO Y ANEXO TÉCNICO, ANEXO 3 - TÉRMINOS Y CONDICIONES Y ANEXOS "T"**, EN APEGO A LO ESTABLECIDO EN EL NUMERAL 4.2.7 DEL MAAG, LOS ARTÍCULOS 66, FRACCIÓN XVII, Y 105, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LAASSP, ASÍ COMO EL SEGUNDO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 142 DEL RLAASSP, EN CONCORDANCIA CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 1, 6, ASÍ COMO DEL 77 AL 84 DE LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR.

**"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA CON **"EL INSTITUTO"** A ENTREGAR AL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, UNA GARANTÍA POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, POR 12 MESES, LA CUAL PUDIENDO SER MEDIANTE LA PÓLIZA DE GARANTÍA, EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 77 Y 78 DE LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR.

**NOVENA. GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.**

EL PROVEEDOR ADJUDICADO PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES ESTIPULADAS EN EL CONTRATO, DEBERÁ PRESENTAR EN LA COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO, EN LA **OFICINA DE CONTRATOS** UBICADA EN LA CALLE AVENIDA DE LOS CONVENTOS 107-111, COLONIA HOGARES FERROCARRILEROS, PRIMERA SECCIÓN, CÓDIGO POSTAL 78436, DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ, DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ, UNA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO (FIANZA), LA CUAL SERÁ DIVISIBLE, EXPEDIDA POR UNA AFIANZADORA DEBIDAMENTE CONSTITUIDA EN TÉRMINOS DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS **DIEZ (10) DÍAS NATURALES** SIGUIENTES A LA FECHA DE FIRMA DE CONTRATO, EN TÉRMINOS DEL **ARTÍCULO 69 DE LA LAASSP** Y NUMERAL 5.5.5 DE LAS POBALINES, QUE GARANTICE EL CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO DERIVADAS DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE, A FAVOR DEL IMSS, POR UN IMPORTE EQUIVALENTE AL 10% (DIEZ POR CIENTO) DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO, SIN CONSIDERAR EL IVA, EN EL TIPO DE MONEDA OFERTADA PARA LO CUAL DEBERÁ UTILIZAR EL ANEXO "FORMATO DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO" DEL PRESENTE CONTRATO Y EN CASO DE INCUMPLIMIENTO SE APLICARÁ DE MANERA PROPORCIONAL AL MONTO DE LAS OBLIGACIONES INCUMPLIDAS, LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL **ANEXO 2 – REQUERIMIENTO Y ANEXO TÉCNICO, ANEXO 3 - TÉRMINOS Y CONDICIONES Y ANEXOS "T"**, DEL PRESENTE CONTRATO.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, EN EL SUPUESTO DE QUE EL MONTO DEL CONTRATO ADJUDICADO SEA IGUAL O MENOR A 900 (NOVECIENTOS) DÍAS DE LA UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN (UMA), VIGENTE EN LA CIUDAD DE MÉXICO, EL PROVEEDOR PODRÁ PRESENTAR LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTIPULADAS EN EL CONTRATO, MEDIANTE FIANZA O CHEQUE CERTIFICADO DE CAJA, DEPÓSITO DE DINERO CONSTITUIDO A TRAVÉS DE CERTIFICADO, POR UN IMPORTE EQUIVALENTE AL 10% (DIEZ POR CIENTO) DEL MONTO TOTAL DEL CONTRATO, SIN CONSIDERAR EL IVA, A FAVOR DEL INSTITUTO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL NUMERAL 5.5.5.2., DE LAS POBALINES.

LA PÓLIZA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, SERÁ DEVUELTA A EL PROVEEDOR UNA VEZ QUE EL INSTITUTO LE OTORGUE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO, PARA QUE ÉSTE PUEDA SOLICITAR A LA AFIANZADORA CORRESPONDIENTE LA CANCELACIÓN DE LA FIANZA, AUTORIZACIÓN QUE SE ENTREGARÁ A EL PROVEEDOR SIEMPRE Y CUANDO DEMUESTRE HABER CUMPLIDO CON LA TOTALIDAD DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR RAZÓN DEL CONTRATO QUE PARA LOS EFECTOS SE FIRME, PARA LO CUAL DEBERÁ PRESENTAR MEDIANTE ESCRITO LA SOLICITUD DE LIBERACIÓN DE LA FIANZA A LA DIVISIÓN DE CONTRATOS, MISMA QUE LLEVARÁ A CABO EL PROCEDIMIENTO PARA LA LIBERACIÓN Y ENTREGA DE LA FIANZA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL NUMERAL 5.5.5.5., DE LAS POBALINES.

**DÉCIMA. OBLIGACIONES DE "EL PROVEEDOR".**

**"EL PROVEEDOR", SE OBLIGA A:**

- **a)** PRESTAR LOS SERVICIOS EN LAS FECHAS O PLAZOS Y LUGARES ESTABLECIDOS CONFORME A LO PACTADO EN EL PRESENTE CONTRATO Y ANEXOS RESPECTIVOS.
- **b)** CUMPLIR CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, DE CALIDAD Y DEMÁS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE CONTRATO Y SUS RESPECTIVOS ANEXOS.
- **c)** ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE CUALQUIER DAÑO QUE LLEGUE A OCASIONAR A **"EL INSTITUTO"** O A TERCEROS CON MOTIVO DE LA EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO.
- **d)** PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN QUE LE SEA REQUERIDA POR LA SECRETARÍA ANTICORRUPCIÓN Y BUEN GOBIERNO Y EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 156 DEL REGLAMENTO DE LA **"LAASSP"**.
- **e)** ASÍ, COMO A LO SEÑALADO EN EL ANEXO TÉCNICO, TÉRMINOS Y CONDICIONES Y ANEXOS DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA QUE SE INTEGRAN EN ANEXOS DEL PRESENTE CONTRATO.

**DÉCIMA PRIMERA. OBLIGACIONES DE "EL INSTITUTO"**

**"EL INSTITUTO", SE OBLIGA A:**

- **a)** OTORGAR LAS FACILIDADES NECESARIAS, A EFECTO DE QUE **"EL PROVEEDOR"** LLEVE A CABO EN LOS TÉRMINOS CONVENIDOS LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO.
- **b)** REALIZAR EL PAGO CORRESPONDIENTE EN TIEMPO Y FORMA.

c) EXTENDER A **"EL PROVEEDOR",** POR CONDUCTO DEL SERVIDOR PÚBLICO FACULTADO, LA CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES INMEDIATAMENTE QUE SE CUMPLAN ÉSTAS A SATISFACCIÓN EXPRESA DE DICHO SERVIDOR PÚBLICO PARA QUE SE DÉ TRÁMITE A LA CANCELACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO.

d) ASÍ COMO A LO SEÑALADO EN EL ANEXO TÉCNICO, TÉRMINOS Y CONDICIONES Y ANEXOS DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA QUE SE INTEGRAN EN LOS ANEXOS DEL PRESENTE CONTRATO.

**DÉCIMA SEGUNDA. ADMINISTRACIÓN, VERIFICACIÓN, SUPERVISIÓN Y ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS**

**"EL INSTITUTO"** DESIGNA COMO ADMINISTRADOR(ES) DEL PRESENTE CONTRATO AL **DR. JUAN PABLO GARCÍA UGALDE**, CON RFC [redacted] **COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD,** QUIEN DARÁ SEGUIMIENTO Y VERIFICARÁ EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES ESTABLECIDOS EN ESTE INSTRUMENTO, QUIEN PODRÁN SER SUSTITUIDO EN CUALQUIER MOMENTO, EN SU CARGO O FUNCIONES SIN QUE POR ELLO SEA NECESARIO CELEBRAR UN CONVENIO MODIFICATORIO.

EN EL CASO DE QUE SE LLEVE A CABO UN RELEVO INSTITUCIONAL TEMPORAL O PERMANENTE CON DICHO SERVIDOR PÚBLICO DE **"EL INSTITUTO"** TENDRÁ CARÁCTER DE ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO LA PERSONA QUE SUSTITUYA AL SERVIDOR PÚBLICO EN EL CARGO, PARA LO CUAL NO SERÁ NECESARIO CELEBRAR UN CONVENIO MODIFICATORIO.

LOS SERVICIOS SE TENDRÁN POR RECIBIDOS PREVIA REVISIÓN DEL ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO, LA CUAL CONSISTIRÁ EN LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES ESTABLECIDAS Y EN SU CASO EN LOS ANEXOS RESPECTIVOS, ASÍ COMO LAS CONTENIDAS EN LA PROPUESTA TÉCNICA.

**"EL INSTITUTO"**, A TRAVÉS DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, RECHAZARÁ LOS SERVICIOS, QUE NO CUMPLAN LAS ESPECIFICACIONES ESTABLECIDAS EN ESTE CONTRATO Y EN SUS ANEXOS, OBLIGÁNDOSE **"EL PROVEEDOR"** EN ESTE SUPUESTO A REALIZARLOS NUEVAMENTE BAJO SU RESPONSABILIDAD Y SIN COSTO ADICIONAL PARA **"EL INSTITUTO",** SIN PERJUICIO DE LA APLICACIÓN DE LAS PENAS CONVENCIONALES O DEDUCCIONES AL COBRO CORRESPONDIENTES.

**"EL INSTITUTO"**, A TRAVÉS DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, PODRÁ ACEPTAR LOS SERVICIOS QUE INCUMPLAN DE MANERA PARCIAL O DEFICIENTE LAS ESPECIFICACIONES ESTABLECIDAS EN ESTE CONTRATO Y EN LOS ANEXOS RESPECTIVOS, SIN PERJUICIO DE LA APLICACIÓN DE LAS DEDUCCIONES AL PAGO QUE PROCEDAN, Y REPOSICIÓN DEL SERVICIO, CUANDO LA NATURALEZA PROPIA DE ÉSTOS LO PERMITA.

**DÉCIMA TERCERA. DEDUCCIONES**

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 76 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, EL INSTITUTO PODRÁ APLICAR DEDUCCIONES AL PAGO DE LOS SERVICIOS CON MOTIVO DEL INCUMPLIMIENTO TOTAL PARCIAL O DEFICIENTE EN QUE PUDIERA INCURRIR **"EL PROVEEDOR"** 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 QUE HAYAN SIDO PRESTADOS DEFICIENTEMENTE Y DEBERÁN SER CALCULADAS DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 76 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, 143 DE SU REGLAMENTO Y 4.3.3 DEL MANUAL ADMINISTRATIVO DE APLICACIÓN GENERAL EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

EN NINGÚN CASO LAS DEDUCCIONES PODRÁN NEGOCIARSE EN ESPECIE.

EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DE CALCULAR, APLICAR Y DAR SEGUIMIENTO A LAS PENAS CONVENCIONALES Y DEDUCCIONES, SEGÚN SEA EL CASO, ASÍ COMO DE NOTIFICARLAS AL LICITANTE ADJUDICADO PARA QUE ÉSTE REALICE EL PAGO CORRESPONDIENTE Y LE NOTIFIQUE LAS DEDUCCIONES QUE EN SU CASO SE HAYA HECHO ACREEDOR.

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 LICITANTE ADJUDICADO PRESENTE PARA SU COBRO.

LAS DEDUCCIONES POR DEFICIENCIAS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, SE CALCULARÁN, POR CADA DÍA DE ATRASO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE DE PENALIZACIÓN ESTABLECIDO, DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:



Se elimina RFC por considerarse información confidencial de una persona física identificada o identificable. Lo anterior de conformidad con los artículos 112 y 115 párrafo primero de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

| 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 OOAD o Jefe de Servicio o Director Médico en UMAE | Jefe de Servicios Administrativos o Director Administrativo |
| 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 OOAD o Jefe de Servicio o Director Médico en UMAE | Jefe de Servicios Administrativos o Director Administrativo |
| Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI. La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico. | Resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010 | Cumplir con las especificaciones de la calidad del agua de acuerdo con la NOM 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 OOAD o Jefe de Servicio o Director Médico en UMAE | Jefe de Servicios Administrativos o Director Administrativo |
| 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 debió 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 OOAD o Jefe de Servicio o Director Médico en UMAE | Jefe de Servicios Administrativos o Director Administrativo |

**DÉCIMA CUARTA. PENAS CONVENCIONALES**

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 142, 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"**.



Los aspectos jurídicos del presente documento fueron validados por la persona Titular de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 4.1.3.1 punto 9 del Manual de Organización de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos, con fecha del documento elaborado por el Departamento Consultivo. En convenios, se registró bajo el número: DSJP/JSDC/NEDICOS 73/2026

Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal San Luis Potosí
Jefatura de Servicios Administrativos
Departamento Consultivo

La validación jurídica se efectúa sin prejuzgar sobre la justificación, procedimiento, términos y condiciones de la contratación, ni del resultado de la investigación de mercado con operadores económicos; los demás aspectos que determinan procedencia: técnica y económica, responsabilidad de los sujetos técnicos

EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DE CALCULAR, APLICAR Y DAR SEGUIMIENTO A LAS PENAS CONVENCIONALES, PREVISTAS, ASÍ COMO DE NOTIFICARLAS A **"EL PROVEEDOR"** PARA QUE ÉSTE REALICE EL PAGO CORRESPONDIENTE.

LA PENA CONVENCIONAL SE CALCULARÁ DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES TÉRMINOS Y CONDICIONES EXPRESADOS EN LA FÓRMULA QUE SE DETALLA A CONTINUACIÓN:

PCA = %D X NDA X VSPA.

DÓNDE:

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

PCA = PENA CONVENCIONAL APLICABLE.

NDA = NÚMERO DE DÍAS DE ATRASO.

VSPA = VALOR DE LOS SERVICIOS PRESTADOS CON ATRASO, SIN IVA.

**"EL INSTITUTO"**, APLICARÁ UNA PENA CONVENCIONAL POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO EN EL INICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, EN CADA UNO DE LOS SUPUESTOS INCLUIDOS EN LA SIGUIENTE TABLA:

| CONCEPTO | UNIDAD DE MEDIDA | PENALIZACIÓN | RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO | ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENALIZACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 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<br><br>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 | Jefe de Servicios Administrativos o Director Administrativo |
| 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.<br><br>La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico. | Por cada día natural de atraso en la entrega del reporte resultados químicos, 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 | Jefe de Servicios Administrativos o Director Administrativo |
| 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:<br><br>Firma del Acuerdo de Confidencialidad<br><br>Designación de contacto responsable con sus datos<br><br>a) Designación de sistema y empresa soporte<br><br>b) Solicitud de Pruebas de | 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) | Jefe de Servicios Administrativos o Director Administrativo |



Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal San Luis Potosí
La validación jurídica se efectúa sin prejuzgar sobre la justificación, procedimiento, términos y condiciones de la contratación, ni del resultado de la investigación de mercado correspondiente. Dictamen Jurídico No. 2025/DSLP/JSDC/MÉDICOS/ 73/2026 ; viabilidad de los aspectos técnicos, ocurrencia y/o las demás circunstancias que determinarán procedentes las otras etapas(entre, licitar y contratar).
Los aspectos jurídicos del presente documento fueron validados por la persona Titular de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos, en cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 8.1.3 punto 9 del Manual de Organización de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos, con base al dictamen elaborado por el Departamento Consultivo. En consecuencia, se registró bajo el número DSLP/JSDC/MÉDICOS/ 73/2026

| CONCEPTO | UNIDAD DE MEDIDA | PENALIZACIÓN | RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO | ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENALIZACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| funcionalidad | | | | |
| 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 | Jefe de Servicios Administrativos o Director Administrativo |
| 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) | Jefe de Servicios Administrativos o Director Administrativo |
| 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 | Jefe de Servicios Administrativos o Director Administrativo |

**DÉCIMA QUINTA. LICENCIAS, AUTORIZACIONES Y PERMISOS**

EN CASO DE APLICAR, LOS SERVICIOS, QUE DE ACUERDO AL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO SE ADQUIERAN O CONTRATEN, DEBERÁN CUMPLIR CON LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS Y CON LAS NORMAS MEXICANAS, SEGÚN PROCEDA, Y A FALTA DE ÉSTAS, CON LAS NORMAS INTERNACIONALES, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA LEY DE INFRAESTRUCTURA DE LA CALIDAD; EN SU CASO, CON LAS NORMAS DE REFERENCIA O ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y CUMPLIR CON LAS CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES REQUERIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO, TÉRMINOS Y CONDICIONES Y ANEXOS DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, QUE SE AGREGAN AL PRESENTE CONTRATO EN LOS ANEXOS Y CONFORME A LO SEÑALADO EN LA JUNTA DE ACLARACIONES, DISPONIBLE PARA SU CONSULTA EN EL PORTAL DE COMPRAS GUBERNAMENTALES COMPRANET.

**DÉCIMA SEXTA. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MATERIA DEL PRESENTE CONTRATO, NO SE REQUIERE QUE **"EL PROVEEDOR"** CONTRATE UNA PÓLIZA DE SEGURO POR RESPONSABILIDAD CIVIL.

**DÉCIMA SÉPTIMA. TRANSPORTE**

**"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA BAJO SU COSTA Y RIESGO, A TRANSPORTAR LOS BIENES E INSUMOS NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DESDE SU LUGAR DE ORIGEN, HASTA LAS INSTALACIONES SEÑALADAS EN EL ANEXO TÉCNICO, TÉRMINOS Y CONDICIONES Y ANEXOS DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, QUE SE AGREGAN EN LOS ANEXOS DEL PRESENTE CONTRATO, EN CASO DE APLICAR.

**DÉCIMA OCTAVA. IMPUESTOS Y DERECHOS**

LOS IMPUESTOS, DERECHOS Y GASTOS QUE PROCEDAN CON MOTIVO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, SERÁN PAGADOS POR **"EL PROVEEDOR"**, MISMOS QUE NO SERÁN REPERCUTIDOS A **"EL INSTITUTO"**.

**"EL INSTITUTO"** SÓLO CUBRIRÁ, CUANDO APLIQUE, LO CORRESPONDIENTE AL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (IVA), EN LOS TÉRMINOS DE LA NORMATIVIDAD APLICABLE Y DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES FISCALES VIGENTES.

**DÉCIMA NOVENA. PROHIBICIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES**

**"EL PROVEEDOR"** NO PODRÁ CEDER TOTAL O PARCIALMENTE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DERIVADOS DEL PRESENTE CONTRATO, A FAVOR DE CUALQUIER OTRA PERSONA FÍSICA O MORAL, CON EXCEPCIÓN DE LOS DERECHOS DE COBRO, EN CUYO CASO SE DEBERÁ CONTAR CON LA CONFORMIDAD PREVIA Y POR ESCRITO DE **"EL INSTITUTO"**.

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

**"EL PROVEEDOR"** 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 DEL SERVICIO SE VIOLAN DERECHOS DE AUTOR, DE PATENTES Y/O MARCAS U OTRO DERECHO RESERVADO A NIVEL NACIONAL O INTERNACIONAL.

POR LO ANTERIOR, **"EL PROVEEDOR"** MANIFIESTA EN ESTE ACTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, NO ENCONTRARSE EN NINGUNO DE LOS SUPUESTOS DE INFRACCIÓN A LA LEY FEDERAL DEL DERECHO DE AUTOR, NI A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN A 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 ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO A **"EL PROVEEDOR"**, 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.

LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 66, FRACCIÓN XX DE LA "LAASSP".

ASIMISMO, EN CASO DE APLICAR, **"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ OBSERVAR LO ESTABLECIDO EN EL ANEXO APLICABLE A LOS DERECHOS DE AUTOR, PATENTES Y/O MARCAS DEL PRESENTE CONTRATO.

**VIGÉSIMA PRIMERA. CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.**

**"LAS PARTES"** ACUERDAN QUE LA INFORMACIÓN QUE SE INTERCAMBIE DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES DEL PRESENTE INSTRUMENTO, SE TRATARÁN DE MANERA CONFIDENCIAL, SIENDO DE USO EXCLUSIVO PARA LA CONSECUCIÓN DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO Y NO PODRÁ DIFUNDIRSE A TERCEROS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LAS LEYES GENERAL Y FEDERAL, RESPECTIVAMENTE, DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS, Y DEMÁS LEGISLACIÓN APLICABLE.

PARA EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES QUE **"LAS PARTES"** RECABEN CON MOTIVO DE LA CELEBRACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO, DEBRÁ DE REALIZARSE CON BASE EN LO PREVISTO EN LOS AVISOS DE PRIVACIDAD RESPECTIVOS.

POR TAL MOTIVO, **"EL PROVEEDOR"** ASUME CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SE DERIVE DEL INCUMPLIMIENTO DE SU PARTE, O DE SUS EMPLEADOS, A LAS OBLIGACIONES DE CONFIDENCIALIDAD DESCRITAS EN EL PRESENTE CONTRATO.

ASIMISMO, EN CASO DE APLICAR, **"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ OBSERVAR LO ESTABLECIDO EN EL ANEXO APLICABLE A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO.

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

CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 80 DE LA "LAASSP" Y 150, SEGUNDO PARRAFO, DE SU REGLAMENTO, **"EL INSTITUTO"** EN EL SUPUESTO DE CASO FORTUITO O DE FUERZA MAYOR O POR CAUSAS QUE LE RESULTEN IMPUTABLES, PODRÁ SUSPENDER LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, DE MANERA TEMPORAL, QUEDANDO OBLIGADO A PAGAR A **"EL PROVEEDOR"**, AQUELLOS SERVICIOS QUE HUBIESEN SIDO EFECTIVAMENTE PRESTADOS, ASÍ COMO, AL PAGO DE GASTOS NO RECUPERABLES PREVIA SOLICITUD Y ACREDITAMIENTO.

UNA VEZ QUE HAYAN DESAPARECIDO LAS CAUSAS QUE MOTIVARON LA SUSPENSIÓN, EL CONTRATO PODRÁ CONTINUAR PRODUCIENDO TODOS SUS EFECTOS LEGALES, SI **"EL INSTITUTO"** ASÍ LO DETERMINA; Y EN CASO QUE SUBSISTAN LOS SUPUESTOS QUE DIERON ORIGEN A LA SUSPENSIÓN, SE PODRÁ INICIAR LA TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO, CONFORME LO DISPUESTO EN LA CLÁUSULA SIGUIENTE.

**VIGÉSIMA TERCERA. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO**

**"EL INSTITUTO"** CUANDO CONCURRAN RAZONES DE INTERÉS GENERAL, O BIEN, CUANDO POR CAUSAS JUSTIFICADAS SE EXTINGA LA NECESIDAD DE REQUERIR LOS SERVICIOS ORIGINALMENTE CONTRATADOS Y SE DEMUESTRE QUE DE CONTINUAR CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS, SE OCASIONARÍA ALGÚN DAÑO O PERJUICIO A **"EL INSTITUTO"**, O SE DETERMINE LA NULIDAD TOTAL O PARCIAL DE LOS ACTOS QUE DIERON ORIGEN AL PRESENTE CONTRATO, CON MOTIVO DE LA RESOLUCIÓN DE UNA INCONFORMIDAD O INTERVENCIÓN DE OFICIO, EMITIDA POR LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, PODRÁ DAR POR TERMINADO ANTICIPADAMENTE EL PRESENTE CONTRATO SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA **"EL INSTITUTO"**, ELLO CON INDEPENDENCIA DE LO ESTABLECIDO EN LA CLÁUSULA QUE ANTECEDE.

CUANDO **"EL INSTITUTO"** DETERMINE DAR POR TERMINADO ANTICIPADAMENTE EL CONTRATO, LO NOTIFICARÁ A **"EL PROVEEDOR"** HASTA CON 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES ANTERIORES AL HECHO, DEBIENDO SUSTENTARLO EN UN DICTAMEN FUNDADO Y MOTIVADO, EN EL QUE, SE PRECISARÁN LAS RAZONES O CAUSAS QUE DIERON ORIGEN A LA MISMA Y PAGARÁ A **"EL PROVEEDOR"** LA PARTE PROPORCIONAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, ASÍ COMO LOS GASTOS NO RECUPERABLES EN QUE HAYA INCURRIDO, PREVIA SOLICITUD POR ESCRITO, SIEMPRE QUE ÉSTOS SEAN RAZONABLES, ESTÉN DEBIDAMENTE COMPROBADOS Y SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON EL PRESENTE CONTRATO, LIMITÁNDOSE SEGÚN CORRESPONDA A LOS CONCEPTOS ESTABLECIDOS EN LA FRACCIÓN I, DEL ARTÍCULO 150 DEL REGLAMENTO DE LA "LAASSP".

**VIGÉSIMA CUARTA. RESCISIÓN**

**"EL INSTITUTO"** PODRÁ INICIAR EN CUALQUIER MOMENTO EL PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN, CUANDO **"EL PROVEEDOR"** INCURRA EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSALES:

a) CONTRAVENIR LOS TÉRMINOS PACTADOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE CONTRATO.
b) TRANSFERIR EN TODO O EN PARTE LAS OBLIGACIONES QUE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO A UN TERCERO AJENO A LA RELACIÓN CONTRACTUAL.
c) CEDER LOS DERECHOS DE COBRO DERIVADOS DEL CONTRATO, SIN CONTAR CON LA CONFORMIDAD PREVIA Y POR ESCRITO DE **"EL INSTITUTO"**.
d) SUSPENDER TOTAL O PARCIALMENTE Y SIN CAUSA JUSTIFICADA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PRESENTE CONTRATO.
e) NO REALIZAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN TIEMPO Y FORMA CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL PRESENTE CONTRATO Y SUS RESPECTIVOS ANEXOS.
f) NO PROPORCIONAR A LOS ÓRGANOS DE FISCALIZACIÓN, LA INFORMACIÓN QUE LE SEA REQUERIDA CON MOTIVO DE LAS AUDITORÍAS, VISITAS E INSPECCIONES QUE REALICEN.
g) SER DECLARADO EN CONCURSO MERCANTIL, O POR CUALQUIER OTRA CAUSA DISTINTA O ANÁLOGA QUE AFECTE SU PATRIMONIO.
h) EN CASO DE QUE COMPRUEBE LA FALSEDAD DE ALGUNA MANIFESTACIÓN, INFORMACIÓN O DOCUMENTACIÓN PROPORCIONADA PARA EFECTO DEL PRESENTE CONTRATO;
i) NO ENTREGAR DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL MISMO.
j) EN CASO DE QUE LA SUMA DE LAS PENAS CONVENCIONALES O LAS DEDUCCIONES AL PAGO, IGUALAN EL MONTO TOTAL DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y/O ALCANZAN EL 20% (VEINTE POR CIENTO) DEL MONTO TOTAL DE ESTE CONTRATO CUANDO NO SE HAYA REQUERIDO LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO;
k) DIVULGAR, TRANSFERIR O UTILIZAR LA INFORMACIÓN QUE CONOZCA EN EL DESARROLLO DEL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, SIN CONTAR CON LA AUTORIZACIÓN DE **"EL INSTITUTO"** EN LOS TÉRMINOS DE LO DISPUESTO EN LA CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO;
l) IMPEDIR EL DESEMPEÑO NORMAL DE LABORES DE **"EL INSTITUTO"**;
m) INCUMPLIR CUALQUIER OBLIGACIÓN DISTINTA DE LAS ANTERIORES Y DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO.

PARA EL CASO DE OPTAR POR LA RESCISIÓN DEL CONTRATO, **"EL INSTITUTO"** COMUNICARÁ POR ESCRITO A **"EL PROVEEDOR"** EL INCUMPLIMIENTO EN QUE HAYA INCURRIDO, PARA QUE EN UN TÉRMINO DE 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE LA NOTIFICACIÓN, EXPONGA LO QUE A SU DERECHO CONVENGA Y APORTE EN SU CASO LAS PRUEBAS QUE ESTIME PERTINENTES.

TRANSCURRIDO DICHO TÉRMINO **"EL INSTITUTO"**, EN UN PLAZO DE 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES, TOMANDO EN CONSIDERACIÓN LOS ARGUMENTOS Y PRUEBAS QUE HUBIERE HECHO VALER **"EL PROVEEDOR"**, DETERMINARÁ DE MANERA FUNDADA Y MOTIVADA DAR O NO POR RESCINDIDO EL CONTRATO, Y COMUNICARÁ A **"EL PROVEEDOR"** DICHA DETERMINACIÓN DENTRO DEL CITADO PLAZO.

CUANDO SE RESCINDA EL CONTRATO, SE FORMULARÁ EL FINIQUITO CORRESPONDIENTE, A EFECTO DE HACER CONSTAR LOS PAGOS QUE DEBA EFECTUAR **"EL INSTITUTO"** POR CONCEPTO DEL CONTRATO HASTA EL MOMENTO DE RESCISIÓN, LOS QUE RESULTEN A CARGO DE **"EL PROVEEDOR"**.

INICIADO UN PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN **"EL INSTITUTO"** PODRÁ SUSPENDER EL TRÁMITE DEL PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN.

SI PREVIAMENTE A LA DETERMINACIÓN DE DAR POR RESCINDIDO EL CONTRATO SE REALIZA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, EL PROCEDIMIENTO INICIADO QUEDARÁ SIN EFECTO, PREVIA ACEPTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE **"EL INSTITUTO"** DE QUE CONTINÚA VIGENTE LA NECESIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, APLICANDO, EN SU CASO, LAS PENAS CONVENCIONALES CORRESPONDIENTES.

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

DE NO RESCINDIRSE EL CONTRATO, **"EL INSTITUTO"** ESTABLECERÁ CON **"EL PROVEEDOR"**, OTRO PLAZO, QUE LE PERMITA SUBSANAR EL INCUMPLIMIENTO QUE HUBIERE MOTIVADO EL INICIO DEL PROCEDIMIENTO, APLICANDO LAS SANCIONES CORRESPONDIENTES. EL CONVENIO MODIFICATORIO QUE AL EFECTO SE CELEBRE DEBERÁ ATENDER A LAS CONDICIONES PREVISTAS POR LOS DOS ÚLTIMOS PÁRRAFOS DEL ARTÍCULO 74 DE LA "LAASSP".

NO OBSTANTE, DE QUE SE HUBIERE FIRMADO EL CONVENIO MODIFICATORIO A QUE SE REFIERE EL PÁRRAFO ANTERIOR, SI SE PRESENTA DE NUEVA CUENTA EL INCUMPLIMIENTO, **"EL INSTITUTO"** QUEDARÁ EXPRESAMENTE FACULTADA PARA OPTAR POR EXIGIR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, O RESCINDIRLO, APLICANDO LAS SANCIONES QUE PROCEDAN.

SI SE LLEVARA A CABO LA RESCISIÓN DEL CONTRATO, Y EN EL CASO DE QUE A **"EL PROVEEDOR"** SE LE HUBIERAN ENTREGADO PAGOS PROGRESIVOS, ÉSTE DEBERÁ DE REINTEGRARLOS MÁS LOS INTERESES CORRESPONDIENTES, CONFORME A LO INDICADO EN EL ARTÍCULO 73, PÁRRAFO CUARTO, DE LA "LAASSP".

LOS INTERESES SE CALCULARÁN SOBRE EL MONTO DE LOS PAGOS PROGRESIVOS EFECTUADOS Y SE COMPUTARÁN POR DÍAS NATURALES DESDE LA FECHA DE SU ENTREGA HASTA LA FECHA EN QUE SE PONGAN EFECTIVAMENTE LAS CANTIDADES A DISPOSICIÓN DE **"EL INSTITUTO"**.

**VIGÉSIMA QUINTA. RELACIÓN Y EXCLUSIÓN LABORAL**

**"EL PROVEEDOR"** RECONOCE Y ACEPTA SER EL ÚNICO PATRÓN DE TODOS Y CADA UNO DE LOS TRABAJADORES QUE INTERVIENEN EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DESLINDANDO DE TODA RESPONSABILIDAD A **"EL INSTITUTO"** RESPECTO DE CUALQUIER RECLAMO QUE EN SU CASO PUEDAN EFECTUAR SUS TRABAJADORES, SEA DE ÍNDOLE LABORAL, FISCAL O DE SEGURIDAD SOCIAL Y EN NINGÚN CASO SE LE PODRÁ CONSIDERAR PATRÓN SUSTITUTO, PATRÓN SOLIDARIO, BENEFICIARIO O INTERMEDIARIO.

**"EL PROVEEDOR"** ASUME EN FORMA TOTAL Y EXCLUSIVA LAS OBLIGACIONES PROPIAS DE PATRÓN RESPECTO DE CUALQUIER RELACIÓN LABORAL, QUE EL MISMO CONTRAIGA CON EL PERSONAL QUE LABORE BAJO SUS ÓRDENES O INTERVENGA O CONTRATE PARA LA ATENCIÓN DE LOS ASUNTOS ENCOMENDADOS POR **"EL INSTITUTO"**, ASÍ COMO EN LA EJECUCIÓN DE LOS SERVICIOS.

PARA CUALQUIER CASO NO PREVISTO, **"EL PROVEEDOR"** EXIME EXPRESAMENTE A **"EL INSTITUTO"** DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD LABORAL, CIVIL O PENAL O DE CUALQUIER OTRA ESPECIE QUE EN SU CASO PUDIERA LLEGAR A GENERARSE, RELACIONADO CON EL PRESENTE CONTRATO.

PARA EL CASO QUE, CON POSTERIORIDAD A LA CONCLUSIÓN DEL PRESENTE CONTRATO, **"EL INSTITUTO"** RECIBA UNA DEMANDA LABORAL POR PARTE DE TRABAJADORES DE **"EL PROVEEDOR"**, EN LA QUE SE DEMANDE LA SOLIDARIDAD Y/O SUSTITUCIÓN PATRONAL A **"EL INSTITUTO"**, **"EL PROVEEDOR"** QUEDA OBLIGADO A DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA PRESENTE CLÁUSULA.

**VIGÉSIMA SEXTA. DISCREPANCIAS**

**"LAS PARTES"** CONVIENEN QUE, EN CASO DE DISCREPANCIA ENTRE LA CONVOCATORIA A LA LICITACIÓN PÚBLICA, LA INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS, O LA SOLICITUD DE COTIZACIÓN, SEGÚN CORRESPONDA DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN DEL CUAL DERIVA EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, Y EL MODELO DE CONTRATO, PREVALECERÁ LO ESTABLECIDO EN LA CONVOCATORIA, INVITACIÓN O SOLICITUD RESPECTIVA, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 126, FRACCIÓN IV, DEL REGLAMENTO DE LA "LAASSP".

**VIGÉSIMA SÉPTIMA. CONCILIACIÓN.**

**"LAS PARTES"** ACUERDAN QUE PARA EL CASO DE QUE SE PRESENTEN DESAVENENCIAS DERIVADAS DE LA EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO PODRÁN SOMETERSE AL PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 109, 110, 111 Y 112 DE LA "LAASSP", Y 186 AL 196 DE SU REGLAMENTO.

**VIGÉSIMA OCTAVA. DOMICILIOS**

**"LAS PARTES"** SEÑALAN COMO SUS DOMICILIOS LEGALES PARA TODOS LOS EFECTOS A QUE HAYA LUGAR Y QUE SE RELACIONAN EN EL PRESENTE CONTRATO, LOS QUE SE INDICAN EN EL APARTADO DE DECLARACIONES, POR LO QUE CUALQUIER NOTIFICACIÓN JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, EMPLAZAMIENTO, REQUERIMIENTO O DILIGENCIA QUE EN DICHOS DOMICILIOS SE PRACTIQUE, SERÁ ENTERAMENTE VÁLIDA, AL TENOR DE LO DISPUESTO EN EL TITULO TERCERO DEL CÓDIGO CIVIL FEDERAL.

**VIGÉSIMA NOVENA. LEGISLACIÓN APLICABLE**

**"LAS PARTES"** SE OBLIGAN A SUJETARSE ESTRICTAMENTE PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO A TODAS Y CADA UNA DE LAS CLÁUSULAS QUE LO INTEGRAN, SUS ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRAL DEL MISMO, A LA "LAASSP", SU REGLAMENTO; CÓDIGO CIVIL FEDERAL; LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO, CÓDIGO FEDERAL DE PROCEDIMIENTOS CIVILES; LEY FEDERAL DE PRESUPUESTO Y RESPONSABILIDAD HACENDARÍA Y SU REGLAMENTO.

**TRIGÉSIMA- JURISDICCIÓN**

**"LAS PARTES"** CONVIENEN QUE, PARA LA INTERPRETACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO, ASÍ COMO PARA LO NO PREVISTO EN EL MISMO, SE SOMETERÁN A LA JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES FEDERALES CON SEDE EN LA CIUDAD DE SAN LUIS POTOSÍ, RENUNCIANDO EXPRESAMENTE AL FUERO QUE PUDIERA CORRESPONDERLES EN RAZÓN DE SU DOMICILIO ACTUAL O FUTURO.

**"LAS PARTES"** MANIFIESTAN ESTAR CONFORMES Y ENTERADOS DE LAS CONSECUENCIAS, VALOR Y ALCANCE LEGAL DE TODAS Y CADA UNA DE LAS ESTIPULACIONES QUE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO CONTIENE, POR LO QUE LO RATIFICAN Y FIRMAN POR DUPLICADO EN LA CIUDAD DE SAN LUIS POTOSÍ EL DÍA **07 DE ABRIL DE 2026,** QUEDANDO UN EJEMPLAR EN PODER DE **"EL PROVEEDOR"** Y EL RESTANTE EN PODER DE **"EL INSTITUTO"**.

**POR:**

**"EL INSTITUTO"**

| NOMBRE | CARGO | R.F.C. |
|---|---|---|
| **DRA. ANGÉLICA CRISTINA RODRÍGUEZ NESTER** | TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ Y **REPRESENTANTE LEGAL** | [redacted] |
| **DR. JUAN PABLO GARCÍA UGALDE** | ENCARGADO DE LA COORDINACIÓN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y ÁREA TÉCNICA** | [redacted] |
| **DRA. MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ SIERRA** | JEFA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS **ÁREA REQUIRENTE** | [redacted] |
| **MTRA. MARISOL MIER CASTILLO** | TITULAR DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO **ÁREA CONTRATANTE** | [redacted] |

**POR:**

**"EL PROVEEDOR"**

| NOMBRE | R.F.C. |
|---|---|
| **C. ELOIS EDGARDO HERNANDEZ NIÑO**<br>REPRESENTANTE LEGAL DE<br>**NEFROLOGIA Y DIALISIS S.C.** | **NDS-000829-B54** |



Se elimina RFC por considerarse información confidencial de una persona física identificada o identificable. Lo anterior de conformidad con los artículos 112 y 115 párrafo primero de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

**ANEXO 1 (UNO) "ASIGNACIÓN Y PROPUESTA ECONOMICA"**

**"ASIGNACIÓN"**

| No. DE PARTIDA | NOMBRE DE LA PARTIDA | NUMERO DE CONTRATO | IMPORTE MINIMO CON IVA | IMPORTE MAXIMO CON IVA |
|---|---|---|---|---|
| 3 | PARTIDA 3 H GRAL ZONA NUM 06: SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, EJERCICIO 2026 PARA EL OOAD ESTATAL SAN LUIS POTOSÍ | 050GYR023T03326-004-00 | $ 9,200,000.00 | $ 23,000,000.00 |

**PROPUESTA ECONOMICA**

**PROPUESTA ECONÓMICA PARA LA LICITACIÓN PÚBLICA CON NUMERO DE PROCEDIMIENTO: LA-50-GYR-050GYR023-T-33-2026**
**No. DE PREI IMSS: 0000107712 FABRICANTE ( ) DISTRIBUIDOR ( ) SERVICIOS (X)**
**NOMBRE DEL LICITANTE: NEFROLOGIA Y DIALISIS DE SAN LUIS SC CON RFC: NDS000829B54**
**DOMICILIO FISCAL: MUÑOZ # 555 COLONIA TEQUISQUIAPAN, SAN LUIS POTOSI, SLP**
**NACIONALIDAD DEL LICITANTE: MEXICANA**
**TELEFONO: 4448336237 - 4448336238 Y 4449628038 CORREO ELECTRONICO: MIRIAM.FABIAN@YAHOO.COM.MX**
**ESTRATIFICACIÓN MIPYME: MICRO ( ) PEQUEÑA (X) MEDIANA ( ) NO APLICA (GRANDE) ( )**

| Partida | OOAD / UMAE | UNIDAD MEDICA | Domicilio de la Unidad Médica | FINAT | Descripción | Cantidad Min | Cantidad Máx | Sin IVA | Minimo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 25 | H GRAL ZONA NUM 06 | BOLUEVARD CARR. MEXICO LAREDO No. 914, FRACC. 19 ENERO, CP. 79040, CIUDAD VALLES, SLP. | 51331002 | SESION DE HEMODIALISIS SUBROGADA, EJERCICIO 2026. | 4800 | 12000 | $1,931.35 | $9,270,480.00 |

**ANEXO 2 (DOS) "REQUERIMIENTO Y ANEXO TÉCNICO"**

**Proposición Técnica, relativo al numeral 4.1.1. Inciso a)**

**REQUERIMIENTOS**

**Partida 1**

| Partida | OOAD / UMAE | UNIDAD MEDICA | Domicilio de la Unidad Médica | FINAT | CATEGORIA | Descripción | Cantidad Min | Cantidad Máx |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 25 | HGSZ No. 09 | FRAY JUAN BAUTISTA DE MOLLINEDO No. 423, COL. CENTRO, CP. 79610, RIO VERDE, SLP. | 51331002 | SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA | SESION DE HEMODIALISIS SUBROGADA, EJERCICIO 2026. | 1920 | 4800 |

**Partida 2**

| Partida | OOAD / UMAE | UNIDAD MEDICA | Domicilio de la Unidad Médica | FINAT | CATEGORIA | Descripción | Cantidad Min | Cantidad Máx |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 25 | HGZ C/MF No. 01 | NICOLAS ZAPATA No. 203, COL. ARBOLEDAS DE TEQUISQUIAPAN, CP. 78235, SAN LUIS POTOSI, SLP. | 51331002 | SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA | SESIÓN DE HEMODIALISIS SUBROGADA, EJERCICIO 2026. | 12000 | 30000 |

**Partida 3**

| Partida | OOAD / UMAE | UNIDAD MEDICA | Domicilio de la Unidad Médica | FINAT | CATEGORIA | Descripción | Cantidad Min | Cantidad Máx |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 25 | H GRAL ZONA NUM 06 | BOLUEVARD CARR. MEXICO LAREDO No. 914, FRACC. 19 ENERO, CP. 79040, CIUDAD VALLES, SLP. | 51331002 | SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA | SESION DE HEMODIALISIS SUBROGADA, EJERCICIO 2026. | 4800 | 12000 |

**Partida 4**

| Partida | OOAD / UMAE | UNIDAD MEDICA | Domicilio de la Unidad Médica | FINAT | CATEGORIA | Descripción | Cantidad Min | Cantidad Máx |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 25 | H GRAL ZONA NUM 50 | AV. TANGAMANGA No. 205, COL. RICARDO B. ANAYA, CP. 78390, SAN LUIS POTOSI, SLP. | 51331002 | SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA | SESION DE HEMODIALISIS SUBROGADA, EJERCICIO 2026. | 8000 | 20000 |

**Partida 4**

| Partida | OOAD / UMAE | UNIDAD MEDICA | Domicilio de la Unidad Médica | FINAT | CATEGORIA | Descripción | Cantidad Min | Cantidad Máx |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 25 | UMF No. 10 | BETANCOURT ESQ. IGNACIO RAMIREZ No. 07, COL. CENTRO,CP. 78700, MATEHUALA, SLP. | 51331002 | SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA | SESION DE HEMODIALISIS SUBROGADA, EJERCICIO 2026. | 1400 | 3500 |

## ANEXO TÉCNICO

## SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA

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

### Glosario de Términos

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

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

**Administrador del Contrato***:* En OOAD será el Jefe de Servicios Administrativos y en Unidad Médica de Alta Especialidad será el Director Administrativo.

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

**Área Requirente:** OOAD y/o UMAE, mismas que remiten sus requerimientos, por conducto de la Coordinación de Planeación de Infraestructura Médica al área contratante.

**Área Técnica:** Para la evaluación técnico médica será, la Coordinación de Planeación de Servicios Médicos de Apoyo(CPSMA), a través de la Coordinación Técnica de Servicios Médicos Indirectos con el apoyo de personal operativo designado por las OOAD ( OOAD y UMAE); Para la evaluación de los aspectos técnico informáticos, será la Coordinación de Servicios Digitales y de Información para la Salud y Administrativos (CSDISA), a través de la Coordinación Técnica de Servicios Digitales y de Información para la Salud, la evaluación de los aspectos de Protección Civil se realizará por el Jefe del Departamento de Conservación y Servicios Generales de los OOAD o de

UMAE. En su caso, la CPIM concentrará, para su envío a la CTBS, las evaluaciones elaboradas por cada una de las áreas técnicas anteriormente enunciadas, las cuales emitirán y suscribirán cada evaluación respecto a los aspectos de su competencia, en términos del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**AST:** Aspartato aminotransferasa.

**CDI:** Coordinador Delegacional de Informática.

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

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

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

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

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

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

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

**CUCop:** Clasificador Único de Contrataciones Públicas

**DIDT**: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.
**DOF**: Diario Oficial de la Federación.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**OOAD**: Órganos de Operación Administrativa Desconcertada (Delegaciones).

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

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

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

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

**Precio Máximo de Referencia**: Es el precio a partir del cual, sin excepción, los proveedores ofrezcan porcentajes de descuento como parte de su proposición, mismos que serán objeto de evaluación.

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

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

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

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

**SAT:** el Servicio de Administración Tributaria.

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

**SSA:** Secretaría de Salud.

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

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

**Testigo Social:** Persona física o moral que participa en el presente procedimiento de contratación con derecho a voz, con objeto de que, al término de la licitación, emita testimonio público sobre el desarrollo del mismo, con base en el **artículo 68 del reglamento de la LAASSP**.

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

**URR:** Cociente de reducción de Urea.

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

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

**Clave del Catálogo CPIM del Servicio de hemodiálisis Subrogada: 30.02.001 Hemodiálisis Sesiones Externas**

El Instituto a fin de atender las necesidades de sus derechohabientes con insuficiencia renal crónica, requiere de la prestación del servicio de hemodiálisis subrogada, mismo que se señala en el requerimiento de las unidades médicas, de las presentes bases; 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 el presente documento.

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

El licitante deberá indicar la distancia entre cada unidad médica subrogada ofertada para cada partida y la unidad médica del IMSS correspondiente, de acuerdo al *Anexo T 0 (T-cero)* Oferta Técnica

Para el caso que el licitante presente oferta para más de una partida, deberá establecer el número de máquinas de hemodiálisis destinadas de forma exclusiva para cada partida, de acuerdo al *Anexo T 0 (T-cero)* Oferta Técnica, a fin de corroborar que cuenta con la cantidad de máquinas necesarias para cubrir el requerimiento de cada partida ofertada.

**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 de la Ciudad de México (antes Distrito Federal) y municipales, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.

- Ubicarse dentro de un radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que pretenda prestarse el servicio. Para los casos de las OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México (D.F.) Sur y (D.F.) Norte, la Unidad de Hemodiálisis Subrogada deberá ubicarse en un radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica a la que se prestará el servicio.

- El área de tratamiento deberá ser considerada área semirestringida (zona gris).

- La unidad de hemodiálisis subrogada deberá contar con servicio de traslado en ambulancia, en términos de la NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria, debiendo contar con las características mínimas como se indican en el numeral 4.1.4 Ambulancia de urgencias básicas, debiendo presentar como parte de su oferta el contrato y/o convenio vigente correspondiente, en caso de que la unidad de hemodiálisis subrogada no cuente con ambulancia propia; y factura en caso de que sea propia la ambulancia) para los caso que se requieran para:

  - Pacientes graves o que presenten complicaciones (pre, trans y post tratamiento) en el área de la unidad de hemodiálisis subrogada, hasta conseguir la estabilización hemodinámica del paciente para el traslado a la unidad médica de referencia.

- Contar con las áreas descritas en el apartado *"Infraestructura, Equipamiento y Suministro"* del presente documento, en apego a la NOM-003-SSA3-2010, "Para la práctica de la hemodiálisis".

- 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. La cual se calculará con base a los metros cuadrados del área de tratamiento de hemodiálisis (área gris) y el número de máquinas que tenga la unidad subrogada de hemodiálisis.

- 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 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 o de la UMAE correspondiente.
- 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.

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

**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 licitante adjudicado del servicio, el cual deberá atender las complicaciones que se presenten. El plazo contará a partir de la fecha de ingreso a la unidad de hemodiálisis subrogada y de acuerdo al formato de subrogación de servicios 4-30-2/03.

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

- Una vez registrado el paciente en la unidad de hemodiálisis subrogada, el licitante adjudicado prestador del servicio deberá mantener los estudios actualizados para cada paciente conforme a lo establecido en el apartado denominado, "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 Responsabilidades del Instituto a excepción del panel para virus de Hepatitis B, C y VIH, el cual se enviará en un plazo no mayor a 15 días naturales.

- 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.

**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 licitante adjudicado 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:

- Kt/v monocompartamental igual o mayor de 1.2
- URR igual o superior al 65%

**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 apartado "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.

**Responsabilidades del Instituto:**

**a)** El Instituto a través del servicio de (Medicina Interna o Nefrología), enviará al paciente con solicitud de subrogación (**4-30-2/03**) debidamente acreditada por el director de la unidad y/o subdirector médico y jefe de servicio, con resumen médico, con vigencia actualizada y los estudios complementarios de laboratorio y gabinete siguientes: Biometría hemática completa, pruebas de coagulación, química sanguínea glucosa, urea 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 del presente documento.

**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, del presente documento.

**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 del licitante adjudicado prestador del servicio subrogado:**

*3* 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 *de este Anexo Técnico , los Términos y Condiciones y sus Anexos;* Anexos T1 (T-uno) Requerimiento y T2 (T-dos) Propuesta de la Descripción de las especificaciones del equipo médico y bienes de consumo para realizar los tratamientos hemodialíticos, "ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS, A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES, C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE y E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO, T3 Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas, T4Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada,T5 Calendario para entrega de las pruebas de la calidad del agua de hemodiálisis subrogada, T6 Calendario para entrega mensual de catéteres, T7 Tabla cifras de control de registro nominal hemodiálisis subrogado, T8Directorio de unidades médicas los cuales forman parte de este documento.

4 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.

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

- 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.

6 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.

7 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 *"Responsabilidades del Instituto"* del presente documento.

8 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.

9 Es responsabilidad estricta del licitante asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" desde el punto de vista bacteriológico y químico, conforme a la NOM-003-SSA3-2010 "Para la Práctica de la hemodiálisis" y las recomendaciones de la AAMI consideradas en la norma citada. Es obligatorio para el licitante 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.

10 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".

11 Cumplir con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.

12 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.

13 Si va a optar por el reprocesamiento de dializadores deberá ofertar y presentar la documentación correspondiente de la Unidad de reprocesamiento de dializadores conforme a la Clave 531.340.0227 del al Anexo T 2 (T-dos)

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

**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. de dicha Norma.
- El responsable de la unidad de hemodiálisis deberá ser un médico especialista en nefrología, con certificado de especialización, cédula profesional, el horario en que se deberá encontrar en la Unidad de Hemodiálisis Subrogada se acordará con las autoridades de la OOAD /UMAE que le corresponde
- 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.

**Infraestructura, Equipamiento y Suministros**

**Área Física**

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

**g)**

**h)** 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:

**i)**

**j)** El área para cada estación de hemodiálisis deberá ser de por lo menos 1.5 x 2.0 mts,

**k)** Consultorio

**l)** Área de recepción de fácil acceso a los pacientes,

**m)** Central de enfermeras,

**n)** Almacén,

**o)** Área de prelavado y de tratamiento de agua.

**p)** Sanitarios para pacientes, diferenciado para hombres y mujeres.

**q)** Sanitarios para personal de la unidad,

**r)** Cuarto séptico,

**s)** Área administrativa,

**t)** 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.

**u)** Instalaciones y accesorios propios para el manejo de pacientes con capacidades diferentes y

**v)** Sala de espera.

**w)** 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**

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 Compendio Nacional de Insumos para la Salud, clave 531.340.0169. y a la Clave 531.340.0227, en caso de optar por reprocesamiento de los dializadores.

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 OOAD de los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años. En el caso de que los equipos hayan presentado alerta médica el 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.

**Requisitos del Agua a utilizar en Hemodiálisis**

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

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

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

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

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

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

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

**Verificación física o visitas de supervisión**

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

**Constancias con las que deberá contar el licitante:**

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., conforme a lo establecido en el artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de 5 años), en el que se deberá identificar:

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

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

Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.
Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS.
Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del Titular del Registro Sanitario en donde Bajo Protesta de Decir Verdad, manifieste que el trámite de prórroga del Registro Sanitario, del cual presenta copia, fue sometido en tiempo y forma, y que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga.

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

Para aquellos casos en el que los equipos y bienes de consumo ofertados, de origen Nacional o Internacional, y el, licitante advierta que no requiere Registro Sanitario, deberá presentar, debidamente referenciado, el "Listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del registro sanitario, y de aquellos productos que por su naturaleza, características propias y uso no se consideran como insumos para la salud y por ende no requieren registro sanitario", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre del 2014, en el que identifique aquellos que oferte.

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

**a)** Licencia sanitaria y/o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.

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

**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.

**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 de la prestación del servicio del contrato, el Administrador del Contrato verificará en la página de internet del Consejo de Salubridad General (http://www.csg.gob.mx/), que las clínicas en donde se presten los servicios se permanezca

vigente la Certificación de Establecimientos de Atención Médica de Hemodiálisis, ya que en caso contrario deberá dar una fecha no mayor a un mes para la entrega de la certificación correspondiente actual a ese momento y vigente.

**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.

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

El licitante 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.

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

Como elemento adicional, el Sistema de Información del licitante 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 Servicios Digitales y de Información para la Salud y Administrativos (CSDISA) o la Coordinación Técnica de Servicios Digitales y de Información para la Salud, ubicadas en la calle de Tokio 80, 4° piso, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, C.P. 06600 o donde el Instituto designe.

Cualquier avance tecnológico de relevancia a consideración del Instituto en los Sistemas de Información, programas de cómputo asociados, los equipos de cómputo, periféricos, serán instalados de inmediato en el plazo que establecerá el Instituto para ponerlos en vigencia, estando obligado el licitante adjudicado a realizar los cambios que sean necesarios a consideración del Instituto para permitir la continuidad de la operación durante la vigencia del contrato.

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 Puesta a punto del sistema de información de este documento de acuerdo con el Anexo TI 1 (TI uno) Solicitud de pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7.

**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 la atención del paciente, dentro del siguiente día natural contados a partir de la emisión del fallo.

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.

**Certificación del Sistema de Información**

La Coordinación de Servicios Digitales y de Información para la Salud y Administrativos (CSDISA) dependiente de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT), verificará la funcionalidad del sistema de información para su aprobación. Pudiendo realizarlos a través de la Coordinación Técnica de Servicios Digitales y de Información para la salud

El licitante adjudicado establecerá contacto con la DSDICDS, dependiente de la CSDISA, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes a la fecha de emisión del fallo, cumpliendo con los siguientes puntos:

Firma de Acuerdo de Confidencialidad

Designación de contacto responsable con sus datos

Designación de sistema y empresa soporte

Pruebas de funcionalidad

**a) Firma de Acuerdo de Confidencialidad**

El licitante adjudicado del Servicio se compromete con el Instituto a firmar un acuerdo de confidencialidad, Anexo TI 2 (TI dos) 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 del sistema y soporte, 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 TI 3 (TI tres) "Designación de contacto responsable".

**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 TI 4 (TI cuatro) "Designación de sistema y empresa soporte".

**d) Pruebas de funcionalidad**

La prueba de funcionalidad, se realizará en las oficinas de la CSDISA, o donde el Instituto designe. El licitante adjudicado solicitará una cita a la DSDICDS 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, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, 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 DSDICDS, 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, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, C.P. 06600.

Una vez que las pruebas de funcionalidad son aprobadas por la DSDICDS y el sistema queda avalado por la misma, el licitante 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 naturales posteriores a la fecha de aprobación.

El Instituto a través de la CDI en OOAD Delegación, Ingeniero Biomédico en UMAE 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 CDI en OOAD Delegación, Ingeniero Biomédico en UMAE 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 avalado 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.

**Registro 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 la (ETIMSS), 5640-023-004 Especificación Técnica del Sistema de Información de Hemodiálisis Extramuros y enviadas a la base de datos central del Instituto.

**a) Para este servicio, no se solicitan pruebas**

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

NO APLICA

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

NO APLICA

**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, fecha de publicación en el DOF 8/6/2010.
- **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, Fecha de Publicación en el DOF 30/11/2012.
- **NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. Fecha de Publicación en el DOF 1 /11/ 2001
- **Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010,** para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Fecha de Publicación en el DOF. 10/11/2010
- **Norma Oficial mexicana NOM-001-SEDE-2012,** Instalaciones Eléctricas. Fecha de Publicación en el DOF 29/11/2012
- **Norma Oficial mexicana NOM-002-STPS-2010,** Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo. Fecha de Publicación en el DOF 12 /11/ 2010
- **Norma Oficial mexicana NOM-001-STPS-2008,** edificios, locales, instalaciones y áreas en los centros de trabajo-condiciones de seguridad. Fecha de Publicación en el DOF 2/10/ 2008
- **Norma Oficial mexicana NOM-025-STPS-2008,** Condiciones de iluminación en los centros de trabajo. Fecha de Publicación en el DOF 12/12/ 2008
- **Norma Oficial mexicana NOM-026-STPS-2008,** colores y señales de seguridad e higiene, e identificación de riesgos por fluidos conducidos en tuberías. Fecha de Publicación en el DOF 2 /10/ 2008
- **Norma Oficial mexicana NOM-029-STPS-2011,** mantenimiento de las instalaciones eléctricas en los centros de trabajo-condiciones de seguridad. Fecha de Publicación en el DOF 29/12/2011
- **Norma Oficial mexicana NOM-003-SEGOB-2011,** señales y avisos para protección civil, colores, formas y símbolos a utilizar. Fecha de Publicación en el DOF 23/12/2011
- **NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013,** Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria, Fecha de Publicación en el DOF: 23/09/2014

- **Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015,** Personas con discapacidad.- Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre. Fecha de Publicación en el DOF 12/08/2016
- **Norma Oficial mexicana NOM-223-SSA1-2003:** Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, transito, uso, y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención medica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. Fecha de Publicación en el DOF 16/12/2003
- **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 vigente.

**Los Anexos (T) Formatos Técnicos que se mencionan en los "Términos y Condiciones",** se presentan adjuntos al presente anexo en un documento digital en Word editable.

| | |
|---|---|
| **T 0** | Oferta Técnica |
| **T1** | "Requerimiento de Sesiones para pacientes en Hemodiálisis Subrogada por Partida" y por Delegación /UMAE |
| **T2** | Especificaciones del equipo médico e insumos para hemodiálisis; Características de la máquina de hemodiálisis, Unidad de reprocesamiento de dializadores ( en caso de optar por reprocesamiento de dializadores), Bienes de Consumo para hemodiálisis de adulto y pediátrico; Accesos vasculares; catéteres temporales, permanente e injertos vasculares tubulares Heterólogos; Descripción técnica del sillón clínico |
| **T3** | Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas |
| **T4** | Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada |
| **T5** | Calendario para entrega de las pruebas de la calidad del agua de hemodiálisis subrogada |
| **T6** | Calendario para entrega mensual de catéteres |
| **T7** | Tabla cifras de control de registro nominal hemodiálisis subrogado |
| **T8** | Directorio de unidades médicas |
| **T9** | Formato de Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03) |
| **T9 Bis** | Características de operación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada. |
| **TI 1** | Solicitud de pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7 |
| **TI 2** | Acuerdo de Confidencialidad |
| **TI 3** | Designación de Contrato responsable |
| **TI 4** | Designación de Sistema y Empresa |

El Anexo Técnico anterior es de conformidad con el numeral 4.24.3 "Anexo Técnico" de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**ANEXO 3 (TRES) "TÉRMINOS Y CONDICIONES Y ANEXOS T"**

**Proposición Técnica, relativo al numeral 4.1.1. Inciso a)**

**SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**

De conformidad con lo señalado en las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (POBALINES), Referente al numeral. 4.24.4 "Términos y Condiciones del bien a adquirir o arrendar o servicio por contratar".

**A) VIGENCIA DE LA CONTRATACIÓN Y EJERCICIO PRESUPUESTAL AL QUE CORRESPONDA.**

Vigencia de la contratación para el presente proceso será **a partir del fallo hasta el 30 de junio de 2026.**

**B) PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO, INDICANDO EN SU CASO, EL CALENDARIO CON PROGRAMA Y CONDICIONES DE ENTREGAS QUE CORRESPONDA.**

**PLAZO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:**

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

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

**CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:**

**LA *UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES PUNTOS***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En caso de optar por el reúso de dializadores deberá contar con personal especializado para el uso de la Unidad de reprocesamiento de dializadores, mismo que deberá ser ofertado en su propuesta.

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

El jefe o encargado del servicio de Nefrología o de Medicina Interna de la unidad médica del IMSS y el prestador del servicio; determinarán en conjunto, las fechas en que el licitante adjudicado prestador de servicio deberá entregar la copia simple de los reportes originales de los resultados de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del agua, presentando los originales de dichos reportes en el mismo momento, para cotejo, con la periodicidad bimestral para el análisis de biológicos y al menos una vez al año para los estudios químicos, así como, para estar en posibilidad de validar que los resultados se encuentren dentro de los parámetros estipulados en la NOM 003-SSA3-2010 mediante y conforme el Anexo T5 (T-cinco) CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIALISIS SUBROGADA.

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

El licitante adjudicado entregará un reporte mensual a la Unidad Médica a través del Jefe o encargado del Servicio de Hemodiálisis, según corresponda. La información deberá ser registrada en una hoja de cálculo (Excel) tal y como se especifica en el Anexo T7 (T- siete) Tabla de control de Registro Nominal Hemodiálisis Subrogado. El medio de entrega, deberá ser indicado por la Unidad Médica, para el Programa de Hemodiálisis Subrogado.

**LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:**

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

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

**C) CRITERIO DE EVALUACIÓN DE PROPOSICIONES CONFORME A LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 99, 100 Y 101 DEL RLAASSP.**

Los criterios que se aplicarán para evaluar las proposiciones se basarán en la información documental presentada por los licitantes, observando para ello lo previsto en la **fracción III, del artículo 2 del RLAASSP**, así como el numeral 4.2.2.1.16, del MAAG, aplicando el **Criterio de Evaluación Binario**, por lo que se evaluarán al menos las 2 (dos) proposiciones que cumplan los requisitos establecidos y cuyo precio ofertado resulte ser el más bajo y de no resultar solventes técnicamente, se evaluarán las que les sigan en precio, lo anterior con fundamento en lo establecido en el **segundo párrafo del artículo 47 y Fracción II del artículo 48 de la LAASSP**.

Los licitantes deberán cumplir con la documentación solicitada, ya que se verificará documentalmente que se incluya la información, documentos y requisitos solicitados, así como con la Propuesta de las especificaciones Técnico-Médicas con descripción amplia y detallada del servicio. Los criterios que se aplicarán para evaluar las proposiciones, se basarán en la información documental presentada por los licitantes observando para ello lo previsto en el artículo 47 en lo relativo al criterio binario y 48 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 99 de su Reglamento.

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

**Adjudicación.**

La adjudicación será por Unidad Médica.

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

Se verificará la descripción técnica del servicio ofertado por el licitante, la cual deberá ser legible, amplia y detallada incluyendo los equipos y bienes de consumo ofertados, conforme a lo solicitado en el Anexo Técnico, en el que el licitante deberá puntualizar las partidas en las que participa, los equipos y consumibles, solicitados para la prestación del servicio debidamente referenciados por partida,

solicitado, especificando las características y requisitos obligatorios señalados en el Anexo T2 "ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS, A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES ( EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES), C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE, E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO)

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

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

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

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

La evaluación de la documentación Legal y Administrativa se realizará por la Coordinación Técnica de Bienes y Servicios, por conducto de personal de la División de Servicios Integrales.

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

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

| **PROPUESTA TÉCNICA** | |
|---|---|
| Aspectos Técnico-Médicos | La evaluación técnico médica se realizará por los OOAD y UMAE. |
| Aspectos de Protección Civil | La evaluación se realizará por el Jefe del Departamento de Conservación y Servicios Generales de OOAD o de UMAE |
| Aspectos del sistema de Información | La evaluación se realizará por el personal que designe la Coordinación Delegacional de Informática (CDI). |

El área encargada de concentrar la información relativa a las evaluaciones técnicas elaboradas por cada una de las áreas técnicas anteriormente enunciadas, será la Coordinación de Planeación de Infraestructura Médica., para su envío a la Coordinación Técnica de Bienes y Servicios.

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

De actualizarse el supuesto establecido en el numeral SEXTO del ACUERDO por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales del Distrito Federal y municipales, el Instituto podrá declarar solventes las propuestas técnicas presentadas por los licitantes, cuando únicamente incumplan con el requisito establecido en el inciso p) del apartado Documentación Técnica de este documento, siempre y cuando en la evaluación técnica se compruebe que concurren las siguientes circunstancias:

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

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

- Que las Clínicas Subrogadas ofertadas que se encuentran certificadas o en proceso de certificación no se ubiquen en un radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica a la que pretenda prestarse el servicio. Para los casos de las OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México (D.F.) Sur y Norte, la Unidad de Hemodiálisis Subrogada ofertada deberá ubicarse dentro de un radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del Instituto a la que se prestará el servicio.

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

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

Para los efectos antes señalados, una Comisión integrada por representantes de la Delegación o UMAE o Nivel Central y de la Jefatura del Departamento de Conservación y Servicios Generales de OOAD o de UMAE, se dirigirá al domicilio de las instalaciones propuestas por los licitantes, a partir del día siguiente a la recepción de propuestas hasta antes de la fecha de fallo, mismos que establecerán comunicación con el licitante para hacerle del conocimiento de la fecha programada.

Tratándose de los documentos o manifiestos presentados bajo protesta de decir verdad, de conformidad con lo previsto en el artículo 39, último párrafo del Reglamento de la LAASSP, se verificará que dichos documentos cumplan con los requisitos solicitados.

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

**Evaluación de las Proposiciones Técnicas**

- Se verificará que presenten la totalidad de los escritos y documentos obligatorios que afectan la solvencia de las propuestas, requeridos en los apartados de la Documentación Técnica del presente documento y que éstos se apeguen a las características solicitadas.

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

**D) LICENCIAS, PERMISOS, REGISTROS, CERTIFICADOS O AUTORIZACIONES QUE DEBE CUMPLIR O APLICARSE AL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR.**

Documentación Técnica. (Aplica para cada una de las localidades de las partidas en las que se participe):

Para la presentación de la propuesta de las especificaciones técnicas deberá requisitar el Anexo T 0 (T-cero) Oferta Técnica

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

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

d) Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente.

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

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

g) Copia del contrato de prestación del servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, o en caso de contar del laboratorio propio, copia del aviso de funcionamiento del laboratorio clínico.

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

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

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

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

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

Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.
Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario, presentado ante la COFEPRIS.
Carta en hoja membretada y firmada por el representante legal del Titular del Registro Sanitario en donde Bajo Protesta de Decir Verdad, manifieste que el trámite de prórroga del Registro Sanitario, del cual presenta copia, fue sometido en tiempo y forma, y que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga.

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

Para aquellos casos en el que los equipos y bienes de consumo ofertados, de origen Nacional o Internacional, y el, licitante advierta que no requiere Registro Sanitario, deberá presentar, debidamente referenciado, el "Listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del registro sanitario, y de aquellos productos que por su naturaleza, características propias y uso no se consideran como insumos para la salud y por ende no requieren registro sanitario", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre del 2014, en el que identifique aquellos que oferte.

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

k) Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.

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

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

n) 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.

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

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

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

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

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

**E) DOCUMENTACIÓN TÉCNICA NECESARIA COMO PUEDEN SER: MUESTRAS, FOLLETOS, CATÁLOGOS, FOTOGRAFÍAS, MANUALES ENTRE OTROS, EN CASO DE QUE SE REQUIERAN PARA COMPROBAR SUS ESPECIFICACIONES.**

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

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

En caso de que los bienes con los que se presten los servicios requieran de anexos técnicos, folletos, catálogos y/o fotografías, instructivos o manuales de uso para corroborar las especificaciones, características y calidad de los mismos, éstos deberán presentarse en idioma español y en original del fabricante.

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

**F) VISITAS A LAS INSTALACIONES INSTITUCIONALES, DONDE SE SUMINISTRARÁN O COLOCARÁN LOS BIENES O DONDE SE PRESTARÁN LOS SERVICIOS, EN SU CASO.**

No aplica.

**G) SI SE REQUIERE EFECTUAR VISITAS A LAS INSTALACIONES DE LOS LICITANTES. SE DEBERÁ PRECISAR PUNTUALMENTE, EL OBJETO Y EL RESULTADO QUE SE ESPERA OBTENER DE LA MISMA, A EFECTO DE QUE SE PLASME EN LA CONVOCATORIA.**

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

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

Asimismo, durante la vigencia del contrato, la verificación se realizará, con base al Anexo T4 (T cuatro) CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, misma que estará a cargo del personal designado por Delegación o UMAE o Nivel Central; se llevará a cabo en los domicilios de las instalaciones del licitantes adjudicados, y en caso de incumplimientos, se iniciará el proceso de rescisión.

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

Para los efectos antes señalados, una Comisión integrada por representantes de la Delegación o UMAE o Nivel Central y de la Jefatura del Departamento de Conservación y Servicios Generales de los OOAD (Delegaciones o de UMAE), se dirigirá al domicilio de las instalaciones propuestas por los licitantes, a partir del día siguiente a la publicación de la presente solicitud de información, y hasta tres días hábiles previos a acto de comunicación de la adjudicación,, mismos que establecerán comunicación con el licitante para hacerle del conocimiento de la fecha programada.

Asimismo, durante la vigencia de la prestación del servicio contratado, la verificación se realizará, con base al Anexo T4 (T cuatro) CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, misma que estará a cargo del personal designado por Delegación o UMAE o Nivel Central; se llevará a cabo en los domicilios de las instalaciones del licitantes adjudicados, y en caso de incumplimientos se iniciará el proceso de rescisión

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

**1.** Evaluación de Conformidad de Cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, en los términos que establece la Secretaria de trabajo y Previsión Social.

- La vigilancia del cumplimiento de la Norma corresponde a la Secretaria del Trabajo y Previsión Social en su ámbito de competencia.
- El procedimiento para la evaluación de la conformidad aplica tanto para la autoridad laboral, en ejercicio de sus facultades de vigilaría o al verificar el cumplimiento de la Norma, en el marco de las evaluaciones integrales del programa de Autogestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, así como para las unidades de verificación.
- **Documento probatorio: Dictamen del cumplimiento de la NOM-002-STPS-2010, por parte de la inspección federal del trabajo o en su caso, por parte de unidad de verificación acreditada.**

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

- La vigilancia del cumplimiento del Programa Interno de Protección Civil corresponde a las autoridades del Protección Civil estatal o municipal.
- El procedimiento para la evaluación del Programa de Protección Civil en establecimientos mercantiles aplica a la autoridad de protección Civil estatal o municipal, en el ejercicio de sus facultades de inspección y verificación
- **Documento probatorio: Documento que acredite la verificación satisfactoria del Programa Interno de Protección Civil, expedido por la autoridad local de Protección Civil.**

**H) LAS PENAS CONVENCIONALES Y DEDUCCIONES AL PAGO DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL LINEAMIENTO 5.5.8 DE LAS PRESENTES POBALINES.**

De conformidad con lo establecido en el **artículo 75 de la LAASSP**, "El Instituto" **aplicará penas convencionales** a "El Prestador", cuando existan incumplimientos en la fecha pactada para la prestación del servicio contratado, serán por un rango desde el **1%** (uno por ciento) hasta el **2.5%** (dos punto cinco por ciento) y del **2.5% (dos punto cinco por ciento) hasta el 5% (cinco por ciento) en las Deductivas** por cada día de atraso, calculadas sobre el valor del servicio o concepto incumplido y sin considerar el impuesto al valor agregado.

**NIVELES DE SERVICIO**

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

| Concepto | Niveles de Servicio |
|---|---|
| La transición del acceso vascular temporal por un acceso vascular definitivo para los pacientes con permanencia en el programa, no deberá ser por un tiempo mayor de: | 3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada. |
| Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI.<br>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.<br><br>La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico. | Resultados de análisis bacteriológico dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010. |
| Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI.<br>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 AAMI.<br>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 |
| Dotación del mismo número de catéteres temporales o permanentes que fueron colocados a pacientes referidos a subrogación el mes inmediato anterior más 2(dos) catéteres temporales o permanentes como lo solicite el jefe de servicio | Mensualmente. (dentro de los primeros 5 días hábiles de cada mes) |

| Concepto | Niveles de Servicio |
|---|---|
| El licitante adjudicado establecerá contacto con la División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud 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:<br>a) Firma del Acuerdo de Confidencialidad<br>b) Designación de contacto responsable con sus datos<br>c) Designación de sistema y empresa soporte<br>d) Solicitud de Pruebas de funcionalidad | Dentro de los 5 (cinco) días naturales 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 45 (cuarenta y cinco) días naturales contados a partir de la emisión del fallo. |
| El licitante proporcionará un Calendario de Despliegue del Sistema Evaluado considerando todas las Unidades de Hemodiálisis incluidas en el contrato | Dentro de los 5 (cinco) días naturales posteriores a la fecha de aprobación del sistema de información. |
| 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. | En un plazo no mayor a las 24 veinticuatro) horas, posteriores a la fecha en que se otorgó la sesión. |

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

La pena convencional por atraso se calculará por cada día de atraso en el cumplimiento de las fechas pactadas, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, aplicado al valor de la sesión programada con atraso y/o por las sesiones no transmitidas, y de manera proporcional al importe de la garantía de cumplimiento que corresponda. La suma de las penas convencionales no deberá exceder el importe de dicha garantía.

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

Conforme a lo previsto en el último párrafo del **artículo 142 del Reglamento** la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, no se aceptará la estipulación de penas convencionales, ni intereses moratorios a cargo del Instituto.

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

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

Pca = %d x nda x vspa.
Dónde:
%d=porcentaje determinado en la convocatoria, invitación, cotización, contrato o pedido por cada día de atraso en el inicio de la prestación del servicio.
Pca = pena convencional aplicable.
nda = número de días de atraso.
vspa = valor de los servicios prestados con atraso, sin IVA.

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

| CONCEPTO | UNIDAD DE MEDIDA | PENALIZACIÓN | RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO | ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENALIZACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 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<br><br>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 | Jefe de Servicios Administrativos o Director Administrativo |
| 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.<br><br>La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico. | Por cada día natural de atraso en la entrega del reporte resultados químicos, 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 | Jefe de Servicios Administrativos o Director Administrativo |
| 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:<br><br>Firma del Acuerdo de Confidencialidad<br><br>Designación de contacto responsable con sus datos<br><br>c) Designación de sistema y empresa soporte | 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) | Jefe de Servicios Administrativos o Director Administrativo |

| CONCEPTO | UNIDAD DE MEDIDA | PENALIZACIÓN | RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO | ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENALIZACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| d) Solicitud de Pruebas de funcionalidad | | | | |
| 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 | Jefe de Servicios Administrativos o Director Administrativo |
| 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) | Jefe de Servicios Administrativos o Director Administrativo |
| 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 | Jefe de Servicios Administrativos o Director Administrativo |

Conforme a lo previsto en el **artículo 142 del RLAASSP**, no se aceptará la estipulación de penas convencionales, ni intereses moratorios a cargo del Instituto.

**DEDUCCIONES**

Las deducciones se aplicarán de acuerdo con lo previsto en los **artículos 76 de la LAASSP** y **143 del RLAASSP**, por cualquier incumplimiento parcial o deficiente en que incurra el licitante adjudicado, respecto a los conceptos que integran el servicio, conforme a lo siguiente:

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

De conformidad con el artículo 76 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, el Instituto podrá aplicar deducciones al pago de los servicios con motivo del incumplimiento total parcial o deficiente en que pudiera incurrir el licitante adjudicado respecto de las partidas o conceptos que integran el 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 que hayan sido prestados deficientemente y deberán ser calculadas de acuerdo a lo establecido en los artículos 76 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, **143 de su**

**Reglamento** y 4.3.3 del Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

En ningún caso las deducciones podrán negociarse en especie.

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

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 licitante adjudicado presente para su cobro.

Las deducciones por deficiencias en la prestación del servicio, se calcularán, por cada día de atraso en la prestación del servicio, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, de acuerdo a lo siguiente:

| CONCEPTO | NIVELES DE SERVICIO | UNIDAD DE MEDIDA PARA LA DEDUCCIÓN | DEDUCCIÓN | LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO MOTIVO DE RESCISIÓN DEL CONTRATO | RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO | ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA DEDUCCIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| La transición del acceso vascular temporal por un acceso vascular definitivo para los pacientes con permanencia en el programa, no deberá ser por un tiempo mayor de: | 3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada. | Falta en el cambio, a algún paciente(s) del acceso vascular temporal por el definitivo en el plazo establecido | El 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 OOAD o Jefe de Servicio o Director Médico en UMAE | Jefe de Servicios Administrativos o Director Administrativo |
| 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 OOAD o Jefe de Servicio o Director Médico en UMAE | Jefe de Servicios Administrativos o Director Administrativo |
| 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 | 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 recomendacio | 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 OOAD o Jefe de Servicio o Director Médico en UMAE | Jefe de Servicios Administrativos o Director Administrativo |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| y las recomendaciones de la AAMI. La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico. | | nes de la AAMI. | | | | |
| 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 debió 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 OOAD o Jefe de Servicio o Director Médico en UMAE | Jefe de Servicios Administrativos o Director Administrativo |

De conformidad con lo previsto en el **Artículo 76 de la LAASSP**, el límite de incumplimiento a partir del cual se podrán cancelar total o parcialmente las partidas o conceptos no entregados, o bien el límite de incumplimiento a partir del cual se podrá rescindir el contrato en los términos del **artículo 77 de la LAASSP** es el equivalente al monto de la garantía cuando el licitante sea sujeto a la aplicación de penas convencionales no resultará procedente la deductiva por incumplimiento de igual manera de aplicar la deductiva no procederán las penas convencionales.

Con fundamento en lo previsto en el artículo **143 primer párrafo del Reglamento** de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Publico, dichas deducciones deberán calcularse hasta la fecha en que materialmente se cumpla la obligación y sin que cada concepto de deducciones exceda a la parte proporcional de la garantía de cumplimiento que le corresponda del monto total del contrato. Los montos a deducir se deberán aplicar en la factura que el licitante presente para su cobro.

**I) EN SU CASO, MECANISMOS REQUERIDOS AL PROVEEDOR PARA RESPONDER POR DEFECTOS O VICIOS OCULTOS DE LOS BIENES O DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.**

La devolución y reposición de Bienes de Consumo será por cuenta y a cargo del licitante adjudicado, de acuerdo a lo establecido en el Anexo Técnico

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

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

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

El licitante se obliga a responder por su cuenta y riesgo de los daños y/o perjuicios que por inobservancia o negligencia de su parte, llegue a causar al Instituto y/o a terceros, con motivo de las obligaciones pactadas en este instrumento jurídico, o bien, por los defectos o vicios ocultos en los bienes entregados, de conformidad con lo establecido en el artículo 75 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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

**J) LAS GARANTÍAS DE ANTICIPOS Y CUMPLIMIENTO, DEBERÁN DE APEGARSE AL NUMERAL 4.30.1, PENÚLTIMO PÁRRAFO DE ESTAS POBALINES, ASÍ COMO LA CALIDAD DE SERVICIOS Y DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO, QUE EN SU CASO APLIQUEN, LAS CUALES DEBEN INDICAR, SEGÚN SEA EL CASO:**

**A) GARANTÍAS DE ANTICIPOS:**

No aplica.

**B) GARANTÍAS DE CUMPLIMIENTO:**

El **PROVEEDOR** deberá otorgar una garantía por el cumplimiento del contrato mediante fianza, la cual deberá ser otorgada por institución autorizada a favor del Instituto Mexicano del Seguro Social, por un importe equivalente al 10% del importe del presupuesto máximo del contrato que se formalice, sin incluir el impuesto al valor agregado (IVA). Así mismo, la fianza deberá permanecer vigente durante el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones y hasta la total aceptación del **INSTITUTO.**

Las modificaciones al monto, plazo o vigencia del contrato conllevará el respectivo ajuste a la garantía de cumplimiento cuando dicho incremento no se encuentre cubierto por la garantía originalmente otorgada, para lo cual deberá estipularse en el convenio modificatorio respectivo el plazo para entregar la ampliación de garantía, el cual no deberá exceder de diez días naturales siguientes a la firma de dicho convenio, así como la fecha de entrega del arrendamiento para las cantidades adicionales, debiendo permanecer vigente aún durante la substanciación de todos los recursos legales o de los juicios que se interpongan y hasta que se dicte resolución definitiva que quede firme.

El **PROVEEDOR** deberá presentar la garantía de cumplimiento, a más tardar dentro de los diez días naturales siguientes a la firma del contrato ,conforme al plazo establecido en los artículos 48 y 49 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, así como del **151 del Reglamento** de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público en relación con el numeral 4.30.1 de las POBALINES, deberá presentar a en la ***División de Contratos*** dependiente de la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios, copia simple de la fianza expedida por afianzadora debidamente constituida en términos de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, en el plazo, y lugar previstos en la ***convocatoria*** por un importe equivalente al 10% (diez por ciento) del monto máximo del contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado, a favor del Instituto Mexicano del Seguro Social y deberá cubrir la vigencia del contrato.

La aplicación de la garantía de cumplimiento será divisible y se hará efectiva de manera proporcional al monto de las obligaciones incumplidas, de conformidad a lo establecido en el ***artículo 126*, fracción II del Reglamento** de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

El **INSTITUTO** procederá a la cancelación de la garantía de cumplimiento del contrato, previa solicitud por escrito del **PROVEEDOR**, siempre y cuando se hayan cumplido, a entera satisfacción del IMSS, con la totalidad de las obligaciones contraídas durante la vigencia del contrato.

De lo anterior **EL PROVEEDOR** acepta:

a) Su voluntad en caso de que existan créditos a su favor contra "**EL INSTITUTO**", de renunciar al derecho a compensar que le concede la legislación sustantiva civil aplicable, por lo que otorga su consentimiento expreso para que en el supuesto de incumplimiento de las obligaciones que deriven del contrato, se haga efectiva la garantía otorgada, así como cualquier otro saldo a favor de "**EL INSTITUTO**".

b) Su conformidad para que la fianza que garantiza el cumplimiento del contrato permanezca vigente durante la sustanciación de todos los procedimientos judiciales o arbitrales y los recursos legales que se interpongan, con relación al contrato, hasta que sea dictada resolución definitiva que cause ejecutoria por parte de la autoridad o tribunal competente.

c) Su conformidad para que la institución de fianzas entere el pago de la cantidad reclamada hasta por el monto garantizado más, en su caso, la indemnización por mora que derive del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aun cuando la obligación se encuentre sub judice.

d) En virtud de procedimiento ante autoridad judicial, no judicial o tribunal arbitral, salvo que el acto rescisorio sea combatido y el fiado obtenga la suspensión de su ejecución, ya sea en el recurso administrativo, en el juicio contencioso o ante el tribunal arbitral correspondiente.

e) En caso de que el procedimiento administrativo, o ante autoridad judicial o tribunal arbitral resulte favorable a los intereses del fiado, y la institución de fianzas haya pagado la cantidad reclamada, el beneficiario devolverá a la afianzadora la cantidad pagada en un plazo máximo de 100 días hábiles contados a partir de que la resolución favorable al fiado haya causado ejecutoria.

f) Su aceptación para que la fianza de cumplimiento permanezca vigente hasta que las obligaciones garantizadas hayan sido cumplidas en su totalidad, en la inteligencia que la conformidad para la liberación deberá ser otorgada mediante escrito suscrito por "EL INSTITUTO".

g) Su conformidad en que la reclamación que se presente ante la afianzadora por incumplimiento de contrato quedará integrada con la siguiente documentación:

- Reclamación por escrito a la Institución de Fianzas.
- Copia de la póliza de fianza en su caso, sus documentos modificatorios.
- Copia del contrato garantizado y en su caso sus convenios modificatorios.
- Copia del documento de notificación al fiado de su incumplimiento.
- En su caso, la rescisión del contrato y su notificación.
- En su caso, documento de terminación anticipada y su notificación.
- Copia del finiquito y en su caso, su notificación.
- Importe reclamado

Las exclusiones de garantía serán cuando se deriven por vandalismo y desastres naturales.

**C) GARANTÍAS DE LOS BIENES O LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS:**

El **PROVEEDOR**, durante la vigencia de la garantía, se compromete a responder ante la presentación en los bienes recibidos o de los bienes utilizados en el servicio a entera satisfacción del Instituto, por defectos o vicios ocultos, a través del siguiente mecanismo:

Por conducto del Administrador del Contrato, el Instituto podrá solicitar al Proveedor, el canje de los bienes recibidos o de los bienes utilizados en el servicio, que presenten defectos a simple vista o de fabricación, especificaciones distintas a las establecidas en el contrato o calidad inferior a la propuesta, vicios ocultos o bien, cuando el área usuaria manifieste alguna queja en el sentido de que el uso del bien adquirido o de los bienes utilizados en el servicio contratado, puedan afectar la calidad del servicio; debiendo notificar al Proveedor dentro del periodo de **5 (cinco) días hábiles** siguientes al momento en que se haya percatado el vicio o defecto.

Cuando se presente alguno de los supuestos señalados (defectos a simple vista o de fabricación, especificaciones distintas a las establecidas en el contrato o calidad inferior a la propuesta, vicios ocultos o bien, cuando el área usuaria manifieste alguna queja en el sentido de que el uso del bien adquirido o de los bienes utilizados en el servicio contratado, puedan afectar la calidad del servicio), el Proveedor deberá reparar los bienes, cuando así proceda, en un plazo máximo de **6 (seis) días hábiles** o bien, realizar el canje o reemplazo, por bienes nuevos en un plazo máximo de 30 (treinta) días hábiles, a entera satisfacción del Instituto, contando a partir de la fecha de notificación por parte del Instituto, siempre que se encuentre vigente la garantía.

Lo anterior, en apego a lo establecido en el numeral 4.2.7 del MAAG, los **artículos 66, fracción XVII, y 105, segundo párrafo, de la LAASSP**, así como el segundo párrafo del **artículo 142 del RLAASSP**, en concordancia con lo establecido en los artículos 1, 6, así como del 77 al 84 de la Ley Federal de Protección al Consumidor.

**K) PRECISAR LA FORMA DE PAGO PARA LO CUAL DEBERÁN ESPECIFICAR EL TIPO DE MONEDA Y SI SE REALIZARÁ EN UNA SOLA EXHIBICIÓN O EN PAGOS PROGRESIVOS CONFORME A LAS ENTREGAS PROGRAMADAS EN EL CONTRATO RESPECTIVO.**

De conformidad con el **artículo 73 de la LAASSP**, el pago se realizará en Moneda Nacional dentro del plazo establecido en *el **anexo 2** 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,* posteriores a la entrega por parte del participante adjudicado, de lo siguiente:

**A)** Representación Impresa del comprobante fiscal digital (CFDI), que reúna los requisitos fiscales respectivos, en el esquema de facturación electrónica, con las especificaciones normadas por el SAT:
Razón Social: Instituto Mexicano del Seguro Social
Registro Federal de Contribuyentes (RFC): IMS421231I45
Domicilio Fiscal: Avenida Paseo de la Reforma N° 476, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc
Código Postal 06600, Ciudad de México
Régimen Fiscal: Personas Morales con fines no lucrativos (clave 603)
Uso de CFDI: Clave S01 "sin efectos fiscales"

*"para efectos de trámite de las erogaciones institucionales, únicamente se admitan en las ventanillas aquellos documentos que son expresamente requeridos por las normas de pago que conforman el **anexo 2** 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, debiendo rechazar los documentos adicionales que no estén previstos por la norma de pago que corresponda."*

Para la validación de dichos comprobantes el participante adjudicado deberá cargar en Internet, a través del Portal de Servicios a Participantes de la página 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.

El participante adjudicado se obliga a no cancelar ante el SAT los CFDI (Comprobante Fiscal Digital por Internet) a favor del IMSS previamente validados en el Portal de Servicios a Participantes, salvo justificación y comunicación por parte del mismo al Administrador del Contrato y/o pedido, para su autorización expresa, debiendo éste informar a las áreas de trámite de erogaciones de dicha justificación y reposición del CFDI (Comprobante Fiscal Digital por Internet), en su caso.

**B)** En caso de que el participante adjudicado presente su comprobante fiscal digital (CFDI), con errores o deficiencias, el plazo de pago se ajustará en términos del **artículo 135 del RLAASSP**.

**C)** El pago se realizará mediante transferencia electrónica de fondos, a través del esquema electrónico interbancario que el IMSS tiene en operación, para tal efecto el participante adjudicado deberá proporcionar en su oportunidad el número de cuenta, CLABE, Banco y Sucursal a menos que éste acredite en forma fehaciente la imposibilidad para ello.

**D)** El pago se depositará en la fecha programada, a través del esquema interbancario si la cuenta bancaria del participante adjudicado está contratada con BANORTE, BBVA BANCOMER, HSBC, SCOTIABANK INVERLAT o a través del esquema interbancario vía Sistema de Pagos Electrónicos Interbancarios si la cuenta pertenece a un banco distinto a los antes mencionados, para tal efecto deberá presentar en el Departamento de Finanzas, petición escrita 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, sucursal y plaza, así como, número de participante adjudicado asignado por el IMSS.

En caso de que el participante adjudicado 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 contrarecibo y su aplicación se llevará a cabo al día hábil siguiente, de acuerdo con el mecanismo establecido por el Centro de Compensación Bancaria (CECOBAN)

**E)** En ningún caso, se deberá autorizar el pago de los bienes y/o servicios, sí no se ha determinado, calculado y notificado al participante adjudicado las penas convencionales o deducciones pactadas en el contrato y/o pedido, respectivo, así como su registro y **validación en el Sistema FINAT**.

En caso de aplicar, el contrato y/o pedido, deberá señalar que el participante adjudicado deberá entregar el CFDI (Comprobante Fiscal Digital por Internet) a favor del IMSS por el importe de la aplicación de la pena convencional por atraso o deficiencia del servicio.

**IMPUESTOS Y DERECHOS:** Los impuestos y derechos que procedan con motivo de la adquisición de los bienes y/o servicios objeto del procedimiento de contratación serán pagados por el participante adjudicado conforme a la legislación aplicable en la materia.

El Instituto sólo cubrirá el Impuesto al Valor Agregado de acuerdo con lo establecido en las disposiciones legales vigentes en la materia.

**TERMINACIÓN ANTICIPADA:** De conformidad con lo establecido en el **artículo 78 de la LAASSP**, el Instituto podrá dar por terminado anticipadamente el presente Contrato y/o pedido, 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 y/o servicios objeto del presente Contrato y/o pedido, y se demuestre que de continuar con el cumplimiento de las obligaciones pactadas se ocasionaría algún daño o perjuicio a el Instituto 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 Anticorrupción y Buen Gobierno.

En estos casos el Instituto reembolsará al participante adjudicado los gastos no recuperables en que haya incurrido, siempre que estos sean razonables, estén comprobados y se relacionen directamente con el presente instrumento jurídico.

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

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

**M) EN CASO DE QUE SE SOLICITE EL OTORGAMIENTO DE ANTICIPO, DEBERÁ SEÑALARSE EL PORCENTAJE Y FORMA DE AMORTIZACIÓN DEL MISMO, EL CUAL DEBE AJUSTARSE A LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LOS ARTÍCULOS 16, 66 FRACCIONES IX Y X DE LA LAASSP Y 126 FRACCIÓN V DEL RLAASSP, Y EL NUMERAL 4.2.7 DEL MAAGAASSP. ASÍ COMO LA JUSTIFICACIÓN PARA EL OTORGAMIENTO DEL ANTICIPO.**
No se solicita

**N) AVISO DE PRIVACIDAD, ASÍ COMO LA PRECISIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN PARA BIENES O SERVICIOS DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES, ALINEADO A LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE TIC, CUANDO SE CONSIDERE APLICABLE.**
No aplica.

**O) SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EN EL CASO DE ADQUISICIÓN O ARRENDAMIENTO DE BIENES O PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE ASÍ LO AMERITEN A JUICIO DEL ÁREA REQUIRENTE Y/O TÉCNICA, MISMA QUE, BAJO SU RESPONSABILIDAD, INDICARÁ EL MONTO O PORCENTAJE POR EL CUAL DEBERÁ CONSTITUIRSE LA PÓLIZA RESPECTIVA, SIN QUE ESTA PUEDA SER INFERIOR AL 5% (CINCO POR CIENTO) DEL IMPORTE TOTAL DEL CONTRATO O, EN SU CASO, DEL IMPORTE MÁXIMO DEL CONTRATO. EN ESTOS CASOS, CUANDO EL PROVEEDOR LLEGASE A CONTAR CON UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL GLOBAL, PODRÁ ENTREGAR AL ÁREA CONTRATANTE EL ENDOSO QUE GARANTICE EL CONTRATO O CONVENIO QUE SE CELEBRE, MISMO QUE DEBERÁ CORRESPONDER AL MONTO O PORCENTAJE QUE SE HUBIERA ESTABLECIDO, SIN QUE SEA NECESARIO EXIGIRLE LA PRESENTACIÓN, EXHIBICIÓN O ENTREGA DE LA PÓLIZA ORIGINAL.**
No aplica.

**P) TRATÁNDOSE DE REUNIONES, CONFERENCIAS, SEMINARIOS, CURSOS, CAPACITACIONES, ASAMBLEAS, JUSTAS DEPORTIVAS Y, EN GENERAL, CUALQUIER TIPO DE EVENTO O ACTO EN EL QUE PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS PARTICIPEN FUERA DE LAS INSTALACIONES DEL IMSS, SE DEBERÁ CONTAR CON LOS DICTÁMENES DE PROTECCIÓN CIVIL EMITIDOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES EN LA MATERIA.**
No aplica.

**Q) CONSIDERACIÓNES DE LA EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA.**

Deberá integrar a su propuesta técnica debidamente requisitada, foliada y suscrita por la persona facultada para ello, la documentación que a continuación se enlista, aclarando que la falta de presentación afecta la solvencia de la propuesta y motivara su desechamiento:

La propuesta técnica deberá contener la descripción amplia y detallada de los bienes ofertados, incluyendo el formato de los Anexos T 0 (T-cero), T.1 Requerimientos de Hemodiálisis Subrogada (T.Uno), así como de los Anexos Anexos T2 (T dos) ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS, A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES ( EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES), C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE, E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO); debidamente requisitados y firmados por el representante del licitante, cumpliendo estrictamente con lo señalado en los mismos; así como la descripción con los equipos médicos y bienes de consumo, conforme a lo solicitado en el "Anexo Técnico" y los "Términos y Condiciones", identificando claramente la(s) partida(s) en las que participa.

**Anexos técnicos y/o folletos y/o catálogos y/o fotografías y/o imágenes y/o instructivos y/o manuales del fabricante**

Folletos, catálogos, fotografías, manuales entre otros, en caso de que se requieran para comprobar las especificaciones técnicas requeridas; y requisitos de los equipos y bienes de consumo ofertados, se requiere que el licitante presente anexos técnicos, folletos, catálogos, fotografías, imágenes, instructivos y/o manuales del fabricante, los cuales deberán corresponder, con la(s) marca(s) y modelo(s) y/o número(s) de parte(s) y/o número(s) de catálogo(s) y con la descripción técnica enunciadas por el licitante en los Anexos T 0 (T-cero), T.1 Requerimientos de Hemodiálisis Subrogada (T.Uno), así como de los Anexos T2 (T dos) ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS , A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES ( EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES), C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE, E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO); tal documentación deberá ser completa y, en caso de estar en idioma diferente al español deberá presentar la traducción simple al español, en el entendido de que la traducción podrá contener únicamente las páginas, secciones y/o párrafos que soporten sus proposiciones, los cuales deberán estar debidamente referenciados incluyendo la clave y Descripción de los equipos y bienes de consumo ofertados, conforme a los Anexos T 0 (T-cero), T.1 Requerimientos de Hemodiálisis Subrogada (T.Uno), así como de los Anexo T 2 (T-dos) lo relativo al inciso A, inciso B), inciso C), inciso D) e inciso E) señalados.

**Cumplimiento de normas.**

Deberá presentar escrito libre en papel membretado de la empresa y debidamente signado por el representante del licitante en el que manifieste que cumple con lo establecido en los "Términos y Condiciones" y el "Anexo Técnico", "NORMAS OFICIALES MEXICANAS, NORMAS INTERNACIONALES NORMAS DE REFERENCIA O ESPECIFICACIONES CUYO CUMPLIMIENTO SE EXIGE A LOS LICITANTES, LICENCIAS, AUTORIZACIONES Y PERMISOS", el cual forma parte integrante de la presente Convocatoria.

**Registro Sanitario, contenido en los "Términos y Condiciones".**

Para aquellos equipos médicos y bienes de consumo, deberá integrar copia simple del Registro Sanitario, vigente, expedido por la COFEPRIS, conforme a lo establecido en el artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de 5 años), conforme a lo solicitado en el anexo técnico.

Para aquellos casos en el que los equipos médicos y bienes de consumo ofertados, de origen Nacional o Internacional, que estén integrados por uno o varios equipos y/o accesorio(s) y/o consumibles, licitante advierta que no requiere Registro Sanitario, deberá presentar, debidamente referenciado, el "Listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del registro sanitario, y de aquellos productos que por su naturaleza, características propias y uso no se consideran como insumos para la salud y por ende no requieren registro sanitario", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre del 2014, en el que identifique aquellos que oferte.

En su defecto, para los casos de aquellos equipos médicos y bienes de consumo, en los que el licitante advierta que no requieren de Registro Sanitario, deberá presentar la notificación oficial, expedida por la SSA, con firma autógrafa y cargo del servidor público que la emite, que lo exima del mismo, con fecha posterior al 22 de diciembre de 2014.

**Presentación propuesta documental.**

Carta compromiso en hoja membretada del licitante y firmada por el representante legal del licitante en el que manifieste que en caso de resultar adjudicado, cumplirá con la entrega en tiempo y forma de los Anexos Técnicos señalados en los Términos y Condiciones, así como la documentación referida en los mismos.

**Presentación Anexo Técnico.**

Deberá presentar el Anexo Técnico, mediante su transcripción en papel membretado de la empresa y firmado por su representante legal, para su presentación como parte de su propuesta técnica.

**Avisos y Licencias.**

Deberá integrar en su propuesta Copia simple de la Licencia Sanitaria o el Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de Unidad de Hemodiálisis Subrogada ofertada por el licitante.

**Consejo de Salubridad.**

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

**Ambulancia.**

Copia simple de la Factura de ambulancia para dar el servicio de traslado o contrato y/o convenio vigente del servicio correspondiente.

**Manual de procedimientos del Servicio**

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

**Laboratorio Clínico.**

Copia del contrato de prestación del servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, o en caso de contar del laboratorio propio, copia del aviso de funcionamiento del laboratorio clínico.

**Especialidad en Nefrología**

Copia simple del documento de Certificado de especialización y cédula profesional del (los) médico(s) nefrólogo(s) que quedará(n) como responsable(s) de la unidad de hemodiálisis que oferten.

**Certificados Especialidad en Nefrología**

Copia de los certificados de especialidad en Nefrología o constancias de haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de 6 meses impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada, para el caso del personal de enfermería señalado en la visita a la Unidad de Hemodiálisis Subrogada manifestado en el Anexo T3 CEDULA DE VERIFICACIÓN DE LAS INSTALACIONES EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADAS.

**Buenas Prácticas**

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 simple al español y expedido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen.

**O Copia simple del Certificado de calidad (ISO 9001 vigente o ISO 13485:2016).**

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

**Manifestación de cumplimiento.**

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

**Alertas Médicas.**

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

**Mapa de Ubicación de la Unidad Subrogada de Hemodiálisis**

Presentar mapa de ubicación generada a través de la plataforma electrónica de Google Maps o análoga, en el que se indique claramente que la unidad de hemodiálisis subrogada ofertada se encuentra dentro del radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que prestará los servicios. Para los casos de las OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de México Sur (D.F. Sur) y Ciudad de México Norte (D.F. Norte), la distancia a demostrar deberá ser dentro del radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que se prestará el servicio.

**Origen de los Bienes.**

Escrito bajo protesta de decir verdad, en el que la persona física o moral a través del representante legal manifieste que los bienes que oferta para la partida respectiva y que entregarán, serán producidos en los Estados Unidos Mexicanos, y además contendrán como mínimo el porcentaje de contenido nacional requerido y, que tienen conocimiento de lo establecido en el segundo párrafo del Artículo 87 de la Ley de Adquisiciones, en el sentido de que, en caso de ser requeridos, exhibirán la información documental y/o permitirán la inspección física de la planta industrial en la que se producen los bienes ofertados y adjudicados, a fin de que la Secretaría de Economía verifique el cumplimiento de los requisitos sobre el contenido nacional de dichos bienes.

**Bienes de importación.**

En caso de que oferten bienes de importación, la persona física o moral través de su representante legal, deberá presentar escrito bajo protesta de decir verdad, en el que manifieste que los bienes importados, son originarios de algún país que tiene suscrito con los Estados Unidos Mexicanos un Tratado de Libre Comercio con capítulo de compras del sector público.

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

Deberá integrar a su propuesta una carta compromiso en papel membretado, 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.

**Pruebas de Funcionalidad**

Deberá entregar con su propuesta Carta Compromiso en papel membretado, signada por la persona física o moral a través del representante legal del licitante en la que manifieste estar enterado y de acuerdo en que se realizarán Pruebas de funcionalidad del 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) vigente la cual incluye el flujo de información dentro del servicio y la comunicación hacia los Sistemas del Instituto, así como que se compromete a cumplir con el apartado Puesta a punto del sistema de información para lo cual deberá requisitar el Anexo TI 1 (TI uno) Solicitud de pruebas de funcionalidad y envío de mensajería hl7.

**Manual de procedimientos de Enfermería.**

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

**Causas de desechamiento relacionadas con los puntos de la evaluación técnica**

Cuando no envíe a través de CompraMX, la documentación solicitada en los presentes Términos y Condiciones.

**Anexos Formatos Técnicos.**

| | |
|---|---|
| **T 0** | Oferta Técnica |
| **T1** | "Requerimiento de Sesiones para pacientes en Hemodiálisis Subrogada por Partida" y por Delegación /UMAE |
| **T2** | Especificaciones del equipo médico e insumos para hemodiálisis; Características de la máquina de hemodiálisis, Unidad de reprocesamiento de dializadores ( en caso de optar por reprocesamiento de dializadores), Bienes de Consumo para hemodiálisis de adulto y pediátrico; Accesos vasculares; catéteres temporales, permanente e injertos vasculares tubulares Heterólogos; Descripción técnica del sillón clínico |
| **T3** | Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas |
| **T4** | Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada |
| **T5** | Calendario para entrega de las pruebas de la calidad del agua de hemodiálisis subrogada |
| **T6** | Calendario para entrega mensual de catéteres |
| **T7** | Tabla cifras de control de registro nominal hemodiálisis subrogado |
| **T8** | Directorio de unidades médicas |
| **T9** | Formato de Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03) |
| **T9 Bis** | Características de operación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada. |
| **TI 1** | Solicitud de pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7 |
| **TI 2** | Acuerdo de Confidencialidad |
| **TI 3** | Designación de Contrato responsable |
| **TI 4** | Designación de Sistema y Empresa |

Lo anterior de conformidad con el numeral 4.24.4 "Términos y Condiciones" de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

**Oferta Técnica**

## Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada

**Licitante:** _____

**Unidad de Hemodiálisis Subrogada** _____

**Domicilio:** _____

_____ **C.P.:** _____

**Teléfono:** **Ext:**

**Municipio/Delegación:** _____ **Estado:** _____

**Horario de Atención:**

**Nombre Médico Nefrólogo:** _____

**Número de Cédula Profesional** _____

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

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

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

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

## Servicios

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

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

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

| Delegación | Unidad del IMSS | | Distancia (km) | Requerimiento Anexo T1 Sesiones | Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo y Número | Localidad | | Máximo | 936 sesiones mínimo por máquina |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | Total: | | |

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

**Normatividad**

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

| | Si | No | Número de Folio |
|---|---|---|---|
| **Aviso de Funcionamiento** | | | |
| **Licencia Sanitaria** | | | |

| Responsable Sanitario | Nombre | Número de Folio |
|---|---|---|
| **De la Unidad de Hemodiálisis** | | |

Fecha: _____

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

_____

# Formato de Oferta
# Servicio de Hemodiálisis Subrogada

## Instrucciones de llenado:

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

*Anexo T 0 (T-cero)*

## Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada

**Licitante:** _____

**1**

**Unidad de Hemodiálisis Subrogada** _____

**Domicilio:** _____

_____ **C.P.:** _____

**Teléfono:** **Ext:**

**Municipio/Delegación:** _____ **Estado:** _____

**Horario de Atención:**

**2**

**Nombre Médico Nefrólogo:** _____

**Número de Cédula Profesional** _____

**3**

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

**4**

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

**5**

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

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

**Servicios**

6

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

7

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

8

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

9

| Delegación | Unidad del IMSS | | Distancia (km) | Requerimiento Anexo T1 Sesiones | Máquinas Requeridas para Hemodiálisis |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo y Número | Localidad | | Máximo | 936 sesiones mínimo por máquina |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | **Total:** | | |

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

**Normatividad**

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

10

| | Si | No | Número de Folio |
|---|---|---|---|
| **Aviso de Funcionamiento** | | | |
| **Licencia Sanitaria** | | | |

11

| Responsable Sanitario | Nombre | Número de Folio |
|---|---|---|
| **De la Unidad de Hemodiálisis** | | |

1

Fecha: _____

Nombre del Director de la Unidad de Hemodiálisis: _____

Firma del Director de la Unidad de Hemodiálisis: _____

**Anexo T1**
**Requerimiento por unidad médica de sesiones para pacientes en Hemodiálisis Subrogada**

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

**A) Las características de la máquina de hemodiálisis deberán apegarse al Compendio Nacional de Insumos para la Salud clave 531.340.0169.**

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

**Anexo T 2 (T-dos)**
**C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO**

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| 1 | Filtro para hemodiálisis, o dializadores de membrana sintética y/o celulosa modificada de 0.4 $m^2$ hasta 2.0 $m^2$. | |
| 2 | Juego de líneas arterial y venosa, desechable, estéril, con conectores, con o sin protectores de transductor de presión, compatible con la máquina de hemodiálisis de la marca correspondiente, con diferentes volúmenes de cebado para adulto y pediátrico. | |
| 3 | Ácido en solución líquidos concentrados para hemodiálisis de acuerdo a marca y modelo de la máquina con variabilidad en concentración de Potasio de 0 o 2.0 y Calcio de 2.5 o 3.5 mEq/L. | |
| 4 | Bicarbonato de sodio en polvo o solución. Para uso no parenteral; para conductividad de acuerdo a la marca de la máquina; para ácido específico, presentación en paquete o bolsa que se adecue a la máquina propuesta. | |
| 5 | Cánula para punción de fístula arteriovenosa interna: consta de tubo de elastómero de silicón de 15 o 30 cm. de longitud, con obturador y adaptador luer lock, mariposa y aguja calibre 15 o 16 adulto y 16 o17 g. pediátrico. y con orificio posterior al bisel; un lumen.. | |

| No | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| 6 | Material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter o fistula, según corresponda, conteniendo al menos:<br>Material estéril para conexión de catéter:<br>2 pares de guantes<br>2 jeringas desechables<br>8 gasas<br>1 campo de tela absorbente<br>Material estéril para desconexión de catéter:<br>1 par de guantes<br>6 gasas<br>2 tapones de Luer Lock para catéter.<br>1 apósito especial para catéter<br>Material estéril para conexión de fístula:<br>1 par de guantes<br>5 gasas<br>2 campos de tela absorbente<br>Material estéril para desconexión de fístula:<br>1 par de guantes<br>6 gasas<br>2 apósitos circulares | |

**Anexo T 2 (T-dos)**

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

| No. | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| 1 | Descripción (se describen para presentación de oferta técnica) | |
| 2 | 060.345.0149 Para hemodiálisis, pediátrico.<br>Inserción en subclavia, yugular o femoral, doble lumen. Contiene:Una cánula, Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero inoxidable.<br>Un catéter doble lumen calibre de 8 a 10 fr, longitud 130 a 150 mm, con obturador, un dilatador y extensiones curvas.<br>Tipo: mahurkar.<br>Estéril y desechable | |

| No. | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| 3 | 060.345.2301Para hemodiálisis. Adulto.<br>De inserción en subclavia, yugular o femoral doble lumen, incluye: Una cánula, Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero inoxidable.<br>Un catéter doble lumen calibre de 11 a 12 fr, longitud de 185 a 205 mm con obturador y un dilatador con extensiones curvas.<br>Tipo: mahurkar.<br>Estéril y desechable | |
| 4 | 060.166.0533 Catéter permanente, para hemodiálisis.<br>Tamaño adulto, De doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetros internos de 1.80 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 2.0 mm a 3.20 mm en el lado venoso, con longitud de 31.5 a 37.0 cm, con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene:<br>Catéter de doble lumen.<br>Aguja introductora calibre 18 g. Introductor con camisa desprendible.<br>Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección.<br>Estéril y desechable<br>Pieza | |
| 5 | 060.166.0541 Catéter permanente, para hemodiálisis.<br>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:<br>Catéter de doble lumen.<br>Aguja introductora calibre 18 g. Introductor con camisa desprendible. | |

| No. | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| | Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección.<br>Estéril y desechable. | |
| 6 | Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, ó o ptfe, estéril y desechable. Longitud 40 A 60 cm., x 5, mm., de diámetro. | |
| 7 | Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfe estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 6 mm., de diámetro. | |
| 8 | Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfe, estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 8 mm., de diámetro. | |

**Anexo T 2 (T-dos)**

**E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO**

| No. | Descripción | Propuesta del proveedor |
|---|---|---|
| 1 | Reclinables que logren un decúbito dorsal adecuado para procedimientos médicos durante la sesión. | |
| 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. | |

Anexo T3 **CEDULA DE VERIFICACIÓN DE LAS INSTALACIONES EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADAS**

Instrucciones: Marque con una "**X**" el criterio que corresponda.
**P**=Ponderación: Requisito **(I)** Indispensable; **(O)** Opcional
**SC**= Si cumple **NC**= No cumple **NA**= No aplica
Se considera solvente cuando acredita el 100% de los Requisitos Indispensables

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

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

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

| Unidad de Hemodiálisis | Total m² | Se ubica dentro de un Hospital | |
|---|---|---|---|
| a)Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris) | | Si | No |
| | Total Máquinas | Sero positivo | Sero negativo |
| b)Número de máquinas de Hemodiálisis | | | |
| Metros Cuadrados por máquina de hemodiálisis (a/b) | | | |
| Marca (s): | | | |
| Modelo (s): | | | |

| Delegación | Unidad del IMSS | Distanci | Requerimiento | Máquinas |
|---|---|---|---|---|

| | | | a (km) | Anexo T1 Sesiones | Requeridas para Hemodiálisis por partida |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo y Número | Localidad | | Máximo | 936 sesiones mínimo por máquina |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | Total: | | |

| No. | Especificación o criterio a verificar | P | SC | NC | NA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | **Instalaciones físicas** | | | | |
| 1.1 | Área de recepción (ubicada a la entrada de la unidad con fácil acceso) | I | | | |
| 1.2 | Sala de espera | I | | | |
| 1.3 | Sanitarios | I | | | |
| 1.4 | Almacén | I | | | |
| 1.5 | Cuarto séptico con material para recoger excretas. | I | | | |
| 1.6 | Consultorio médico | I | | | |
| 1.7 | En vestíbulo, recepción y sala de espera hay adecuada ventilación, limpieza, señalamientos y áreas suficientes para que pacientes y familiares permanezcan sentados y cómodos. | O | | | |
| 1.8 | • 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.<br>• Cuentan con recipientes rojos rígidos herméticos para residuos peligrosos punzo cortantes, en su caso con bolsas de color rojo y/o amarillo translúcido.<br>• Que los botes para basura municipal cuenten con bolsas y no se encuentren en ellos residuos peligrosos biológicos infecciosos. | I | | | |
| 1.9 | Rampas de acceso a la unidad para pacientes con capacidades diferentes, las cuales cuentan con pasamanos. | O | | | |
| 1.10 | Los pasillos y áreas comunes cuentan con los señalamientos necesarios para la adecuada circulación. | O | | | |
| 1.11 | Existe una adecuada distribución y separación de los lugares para efectuar la hemodiálisis y facilitar la vigilancia de la central de enfermería. | I | | | |

| No. | Especificación o criterio a verificar | P | SC | NC | NA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.12 | El establecimiento de atención médica cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y está ubicada en lugares visibles al público. | O | | | |
| **2** | **Área de tratamiento dialítico por cada estación- paciente (Unidad)** | | | | |
| 2.1 | Riñón artificial | I | | | |
| 2.2 | El área mínima para una máquina y sillón clínico será de 3.0 $m^2$ por estación | I | | | |
| 2.3 | Existe un área independiente para pacientes que requieren técnica de aislamiento. | I | | | |
| 2.4 | Cuenta con central(es) de enfermería con visibilidad de los pacientes | I | | | |
| 2.5 | Tomas o tanque portátil de oxigeno con los accesorios necesarios para su utilización ( puntas nasales, mascarillas) | I | | | |
| 2.6 | Toma de aire o aspirador portátil con los accesorios para su utilización( cánula para aspiración) | I | | | |
| 2.7 | Cuenta con material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter y fistula | I | | | |
| 2.8 | Sillón Clínico para hemodiálisis | I | | | |
| **3** | **Área de lavado y Esterilización** | | | | |
| 3.1 | Área de lavado y desinfección de material de curación. | O | | | |
| 3.2 | Si el establecimiento de atención médica de hemodiálisis es independiente del hospital debe contar con equipo esterilización, siempre y cuando no se utilice en su totalidad material desechable. | O | | | |
| **4** | **Área de tratamiento de agua para hemodiálisis** | | | | |
| 4.1 | Cisterna con capacidad suficiente para el tamaño del establecimiento de atención médica de hemodiálisis. | I | | | |
| 4.2 | Bombas de impulsión | I | | | |
| 4.3 | Filtros de sedimentación. | I | | | |
| 4.4 | Filtros ablandadores. | I | | | |
| 4.5 | Filtros de carbón activado (2 en línea). | I | | | |
| 4.6 | Ósmosis inversa. | I | | | |
| 4.7 | Filtros de polisulfona o de poliamida después de la ósmosis. | I | | | |
| 4.8 | Tanque de almacenamiento con características especiales para el establecimiento de atención médica de hemodiálisis. | I | | | |
| 4.9 | Red de distribución con llaves para toma de muestras. | I | | | |
| **5** | **Servicios Auxiliares** | | | | |
| 5.1 | Planta eléctrica de emergencia con capacidad para el abastecimiento de la unidad. | I | | | |
| 5.2 | Cuenta con ambulancia para traslado de pacientes propia y/o contrato vigente, , debiendo contar con las características mínimas al menos como se indican en el numeral 4.1.4 Ambulancia de urgencias básicas | I | | | |
| 5.3 | Contrato de prestación de servicio de laboratorio vigente. | I | | | |

| No. | Especificación o criterio a verificar | P | SC | NC | NA |
|---|---|---|---|---|---|
| **6** | **Manuales y Registros** | | | | |
| 6.1 | Resultados anual del análisis químico de la calidad del agua. | I | | | |
| 6.2 | Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua. | I | | | |
| 6.3 | Manual de procedimientos técnicos del servicio de hemodiálisis | I | | | |
| 6.4 | Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería | O | | | |
| 6.5 | Manual de operación de la máquina de hemodiálisis (en español). | I | | | |
| 6.6 | Manual de operación de la planta de tratamiento de agua.(en español) | I | | | |
| 6.7 | Archivo Clínico | O | | | |
| 6.8 | En el expediente se archivan las cartas de consentimiento informado | O | | | |
| 6.9 | El expediente se resguarda durante mínimo 5 años | O | | | |
| **7** | **Mantenimiento preventivo y correctivo** | | | | |
| 7.1 | Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de las máquinas de hemodiálisis. | I | | | |
| 7.2 | Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta de tratamiento de agua. | I | | | |
| 7.3 | Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico. | I | | | |
| 7.4 | Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta eléctrica de emergencia. | I | | | |
| 7.5 | El personal encargado del mantenimiento cuenta con capacitación especifica | I | | | |
| 7.6 | Existe un servicio de Ingeniería Biomédica propio o subrogado, responsable del mantenimiento del equipo | O | | | |
| 7.7 | Existe un plan por escrito para el mantenimiento preventivo del equipo. | I | | | |
| **8** | **Equipamiento de la unidad de hemodiálisis** | | | | |
| 8.1 | Carro rojo con monitor y desfibrilador. | I | | | |
| 8.2 | Electrocardiógrafo | I | | | |
| 8.3 | Báscula | I | | | |
| 8.4 | Silla de ruedas | I | | | |
| 8.5 | Carro de curaciones | I | | | |
| 8.6 | Camilla con barandales | I | | | |
| **9** | **Área de consulta médica/Sala de procedimientos para las unidades que no se encuentren dentro de un hospital.** | | | | |
| 9.1 | Mesa de exploración | I | | | |
| 9.2 | Báscula | I | | | |
| 9.3 | Esfigmomanómetro. | I | | | |
| 9.4 | Estetoscopio | I | | | |
| 9.5 | Negatoscopio | O | | | |
| 9.6 | Carro de curaciones | I | | | |
| 9.7 | Tripiés rodables | O | | | |
| 9.8 | Bancos | O | | | |
| 9.9 | Bancos de altura | O | | | |

| No. | Especificación o criterio a verificar | P | SC | NC | NA |
|---|---|---|---|---|---|
| 9.10 | Estuche de diagnóstico | O | | | |
| **10** | **Recursos Humanos** | | | | |
| 10.1 | Certificado de especialización y cédula profesional del personal médico nefrólogo | I | | | |
| 10.2 | Copia títulos o certificados del personal de enfermería. | I | | | |
| 10.3 | Constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses. | I | | | |
| 10.4 | Existe un rol de turnos de los médicos y un registro de su cumplimiento. | O | | | |
| 10.5 | Se cumple con las cantidades planeadas por el establecimiento, de personal de enfermería. | I | | | |
| **11** | **Insumos** | | | | |
| 11.1 | Se tiene un inventario definido para cubrir las necesidades de insumos del establecimiento | O | | | |
| 11.2 | Se cumple con el inventario mínimo establecido | O | | | |
| 11.3 | Se tiene un botiquín para los casos de urgencias y las necesidades más comunes. | I | | | |
| **12** | **Comités** | | | | |
| 12.1 | Se cuenta con un Comité y registro de infecciones dentro del establecimiento de atención médica de hemodiálisis. | O | | | |

| | |
|---|---|
| **POR EL INSTITUTO** | **POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA** |
| **JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS O DIRECTOR DE UMAE** | **NOMBRE Y FIRMA<br>DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS** |
| **VERIFICADOR POR EL INSTITUTO** | **PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS** |

## Anexo T4 (T-cuatro)
## CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA

Instrucciones: Marque con una "X" el criterio que corresponda.
Esta cédula debe ser llenada con los datos generados los últimos 6 meses.

| | | |
|---|---|---|
| **Proveedor:** | **Nombre Unidad de Hemodiálisis Subrogada:** | **Fecha de la visita:** |
| **Localidad (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 | | | Validar el resultado de la | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | análisis químico de la calidad del agua | | | prueba química de la calidad del agua. | |
| 5 | Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua, de la planta de tratamiento y máquinas de hemodiálisis. | | | Validar el resultado de las pruebas bacteriológicas de la calidad del agua. | |
| 6 | Sanitización del sistema de agua tratada. | | | Documento que exhibe el registro de sanitizaciones realizadas al sistema de tratamiento de agua para hemodiálisis y debe contener la fecha, nombre y firma de quien lo efectuó. | |
| 7 | Copia de certificado de especialización , cédula profesional del médico nefrólogo responsable de la unidad | | | Verificar copia de certificado de especialización y cédula profesional del médico nefrólogo responsable de la unidad del médico nefrólogo. | |
| 8 | Copia de títulos o certificados que comprueben estudios de enfermería. | | | Verificar copia de títulos o certificados que comprueben estudios de enfermería. | |
| 9 | Existe por lo menos un médico por turno. | | | Verificar documento de rol de médicos. | |
| 10 | Constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses del personal de enfermería. | | | Documento que demuestre la constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses. | |
| 11 | Registro de tratamientos suspendidos y sus causas. | | | Validar registro de tratamientos suspendidos y sus causas. | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 12 | Registro de pacientes según tipo de serología positiva | | | Validar registro de pacientes según tipo de serología positiva | |
| 13 | Registro de pacientes con seroconversión | | | Validar registro de pacientes con seroconversión | |
| 14 | Cumplimiento de lavado de manos por parte del personal de enfermería. | | | Documento que demuestre capacitación en el lavado de manos | |
| 15 | Al ingreso al tratamiento de hemodiálisis, los pacientes deberán ingresar con Indumentaria limpia, sin objetos que ocasionen contaminación durante la sesión de hemodiálisis | | | Verificar al ingreso de los pacientes al área gris del tratamiento de hemodiálisis no traigan objetos que pudieran contaminar durante el proceso del tratamiento. | |

| | |
|---|---|
| **POR EL INSTITUTO** | **POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA** |
| **NOMBRE Y FIRMA**<br>**JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS / DIRECTOR DE UMAE** | **NOMBRE Y FIRMA**<br>**DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS** |
| **VERIFICADOR POR EL INSTITUTO** | **PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS** |
| **NOMBRE Y FIRMA** | **NOMBRE Y FIRMA** |

**Anexo T5 (T-cinco)**

## CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIALISIS SUBROGADA

**DELEGACIÓN/UMAE:**_____

**UNIDAD MÉDICA:**_____

| PROVEEDOR: | UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA: |
|---|---|
| | NÚMERO DE CONTRATO: |

| AÑO: | PRUEBAS BIOLÓGICAS (BIMESTRAL) | | PRUEBAS QUÍMICAS (ANUAL) | |
|---|---|---|---|---|
| MES | FECHA MÁXIMA DE ENTREGA | CUMPLE CON ESPECIFICACIONES (SI/NO) | FECHA MÁXIMA DE ENTREGA | CUMPLE CON ESPECIFICACIONES (SI/NO) |
| ENERO | | | | |
| FEBRERO | | | | |
| MARZO | | | | |
| ABRIL | | | | |
| MAYO | | | | |
| JUNIO | | | | |
| JULIO | | | | |
| AGOSTO | | | | |
| SEPTIEMBRE | | | | |
| OCTUBRE | | | | |
| NOVIEMBRE | | | | |
| DICIEMBRE | | | | |

Lugar: _____ Fecha: _____

_____
**NOMBRE Y FIRMA**
**ADMINISTRADOR DEL CONTRATO**

_____
**NOMBRE Y FIRMA**
**REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR**

**Anexo T6 (T-seis)**

## CALENDARIO PARA ENTREGA MENSUAL DE CATÉTERES

**DELEGACIÓN/UMAE:**_____

**UNIDAD MÉDICA:**_____

| PROVEEDOR: | UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA: |
|---|---|
| | NÚMERO DE CONTRATO: |

| AÑO: | CATÉTER PERMANENTE | CATÉTER TEMPORAL | TOTAL |
|---|---|---|---|
| MES | CANTIDAD | CANTIDAD | |
| ENERO | | | |
| FEBRERO | | | |
| MARZO | | | |
| ABRIL | | | |
| MAYO | | | |
| JUNIO | | | |
| JULIO | | | |
| AGOSTO | | | |
| SEPTIEMBRE | | | |
| OCTUBRE | | | |
| NOVIEMBRE | | | |
| DICIEMBRE | | | |

Lugar: _____ Fecha: _____

_____
**NOMBRE Y FIRMA**
**ADMINISTRADOR DEL CONTRATO**

_____
**NOMBRE Y FIRMA**
**REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR**

## Anexo T7 (T-siete)
## TABLA CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL HEMODIALISIS SUBROGADO

| PROVEEDOR | Del | DELEGACION | Tipo | Número | CLV PRES | No. CONTRATO | IMPORTE MENSUAL EJERCIDO | REALIZADO | Modalidad | MES | Año |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (Nombre del Proveedor) | (Número de la Delegación) | (Nombre de la Delegación) | (Tipo de la Unidad Médica. Referencia Catálogo de Procedimientos) | (Número de la Unidad Médica) | (Clave presupuestal de la Unidad Médica o UMAE) | (Número de Contrato) | (Importe Mensual de las Sesiones realizadas) | (Número de Sesiones Realizadas) | (Hemodiálisis Subrogada) | (Del 26 al 25 de cada mes) | (Año) |
| Razón Social | xx | xxxx | HGZ | xx | xxxxxx | No. Contrato | NNNN.dd | NNNNN | HS | 11 | 2023 |

La parte sombreada es un ejemplo.

## Anexo T8 (T-ocho)

## DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS

| No. | DELEGACIÓN | TIPO | No. | LOCALIDAD | DOMICILIO | DIRECTOR | TELÉFONO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | San Luis Potosí | UMF | 10 | Matehuala | Betancourt Esq. Con Ignacio Ramirez No. 07, Colonia Centro, CP, 78700, Matehuala, San Luis Potosí | Francisco Rogelio Lopez Martínez | 4888820369 |

## Anexo T 9Formato de Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03)

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

FOLIO: (2)

SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-30-2/03)

(1) DELEGACIÓN/UMAE _____

Fecha: (3) DIA ___ MES ___ AÑO ___

**UNIDAD MÉDICA:** (4)

CLAVE PRESUPUESTAL:

TIPO Y NÚMERO:

LOCALIDAD:

**PACIENTE:** (5)

NOMBRE:

SEXO: M ☐ F ☐

No. DE SEGURIDAD SOCIAL AGREGADO

CURP:

**SERVICIO QUE DERIVA:** (6)

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

**RAMO DE SEGURO QUE SE AFECTA:** (9)

RT ☐ EG ☐ MAT ☐ TV ☐ PEND ☐ Spf AM ☐

**TIPO DE SERVICIO:**

ORDINARIO: ☐ (7) URGENCIA: ☐

MOTIVO DE SUBROGACIÓN: (8)

CS ☐ FP ☐ FE ☐ FI ☐

**TIPO DE SUBROGACIÓN** (10)

| ÚNICA | MÚLTIPLE | HEMODIÁLISIS SUBROGADA |
|---|---|---|
| | | |

**VIGENCIA DE DERECHOS** (11)

**DIAGNOSTICO(S) Y RESUMEN CLÍNICO:** (12)

**GRUPO A SUBROGAR:** (13)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONSULTA MEDICINA FAMILIAR: | ☐ | CONSULTA ESPECIALIDADES | ☐ | CONSULTA DENTAL | ☐ |
| HOSPITALIZACIÓN MÉDICA | ☐ | HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRJICA | ☐ | MATERNO INFANTIL | ☐ |
| AUX DE DX EN LABORATORIO | ☐ | AUX DE DX EN GABINETE | ☐ | AUX DE TRATAMIENTO | ☐ |

**SERVICIO (S) A SUBROGAR** (14)

| CANTIDAD | ESPECIFICAR |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

**PROVEEDOR** (15)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: RFC:

DOMICILIO: TEL:

CONTRATO No. VIGENCIA DEL: AL:

| | ELABORÓ (16) | Vo. Bo. JEFE DE SERVICIO (17) | AUT. DIRECTOR UNIDAD (18) |
|---|---|---|---|
| NOMBRE: | | | |
| MATRÍCULA: | | | |
| FIRMA | | | |

**CONSTANCIA DE QUE EL SERVICIO SE RECIBIÓ** (19)

NOMBRE:

PACIENTE: ☐ FAMILIAR: ☐ RESPONSABLE: ☐ PARENTESCO

DIRECCIÓN:

TEL:

FECHA: FIRMA:

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

**No. DATO ANOTAR**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15 **Proveedor** El nombre completo o razón social del prestador de los servicios subrogados, RFC, domicilio, teléfono, número de contrato y vigencia, con base al registro de proveedores que elabore cada unidad médica.

16 **Elaboró** Nombre, matrícula y firma de la o el responsable de su elaboración.

17 **Vo. Bo.** Jefe de Servicio Nombre, matrícula y firma.

18 **Aut. del Director de la Unidad** Nombre, matrícula y firma de la o el Director de la unidad médica o de quien él designe.

19 **Constancia de que el servicio se recibió** Datos generales de la o el paciente, familiar o responsable que firmará después de recibir el SS.

| Observación | Propuesta de mejora |
|---|---|
| Acceso vascular permanente | La implantación del acceso vascular definitivo será responsabilidad del licitante adjudicado, mismo que deberá garantizar un acceso vascular funcional. Las complicaciones de tipo infeccioso y el agotamiento de accesos vasculares serán tratadas en medio hospitalario, procurando no suspender las sesiones de hemodiálisis. |
| Paciente grave o inestable | La referencia de pacientes bajo condiciones de gravedad o inestabilidad hemodinámica o respiratoria deberá evitarse y ser tratados en medio hospitalario hasta su mejoría y garantizar su seguridad en el traslado a la unidad de hemodiálisis subrogada. Para la mejor recepción del paciente es indispensable la comunicación entre la autoridad médica del IMSS con el responsable médico de la unidad subrogada. |
| Pacientes puérperas o embarazadas | Las mujeres puérperas o embarazadas estables hemodinámicamente deberán ser incluidas para recibir el tratamiento de hemodiálisis subrogada ajustada a sus necesidades individuales. |
| Prescripción de la sesión de hemodiálisis | La prescripción de la hemodiálisis será por parte del médico Nefrólogo de la unidad de referencia del Instituto, de manera individualizada en cada paciente, en apego a la NOM para la práctica de la Hemodiálisis; y deberá garantizar un Kt/v de 1.2 a 1.4. |
| Formato de referencia | Todo paciente referido a tratamiento de hemodiálisis subrogada deberá contar con formato Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03), el cual deberá contar con sello de vigencia de derechos y especificar la temporalidad del tratamiento, para fines de este tratamiento se entenderá por TEMPORAL al paciente que es referido para ser tratada por un tiempo máximo de 12 semanas; y DEFINITIVO al paciente que es referido para recibir tratamiento de manera permanente, en cuyo caso el formato ampara desde la fecha de envío hasta el último del del año; y el formato deberá ser actualizado cada año. |
| **Ministración de medicamentos** | |
| Prestación del servicio de hemodiálisis por médicos de apoyo | La unidad de hemodiálisis subrogada deberá garantizar la seguridad del paciente durante su tratamiento, el Médico Nefrólogo es responsable de la prescripción del tratamiento y atención de las complicaciones derivadas, durante y posterior a la sesión. |
| Sobre los pacientes Seropositivos Positivos | El contar con panel viral positivo no excluye al paciente del tratamiento, la unidad de hemodiálisis deberá garantizar máquinas exclusivas para pacientes portadores de virus de hepatitis B, C o VIH y garantizar las medidas de seguridad necesarias. |

**Anexo T 9 BIS Características de operación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada.**

| | |
|---|---|
| Reprocesamiento de dializadores | El proveedor del servicio de hemodiálisis podrá hacer reprocesamiento de dializadores siempre y cuando sea de manera automatizada, en apego a lo establecido en la NOM para hemodiálisis y en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud en materia de equipamiento en lo correspondiente a la descripción del dispositivo de reprocesamiento de los dializadores. |
| Acceso vascular permanente | La implantación del acceso vascular definitivo será responsabilidad del licitante adjudicado, mismo que deberá garantizar un acceso vascular funcional. Las complicaciones de tipo infeccioso y el agotamiento de accesos vasculares serán tratadas en medio hospitalario, procurando no suspender las sesiones de hemodiálisis. |
| Paciente grave o inestable | La referencia de pacientes bajo condiciones de gravedad o inestabilidad hemodinámica o respiratoria deberá evitarse y ser tratados en medio hospitalario hasta su mejoría y garantizar su seguridad en el traslado a la unidad de hemodiálisis subrogada. Para la mejor recepción del paciente es indispensable la comunicación entre la autoridad médica del IMSS con el responsable médico de la unidad subrogada. |
| Pacientes puérperas o embarazadas | Las mujeres puérperas o embarazadas estables hemodinamicamente deberán ser incluidas para recibir el tratamiento de hemodiálisis ajustado a sus necesidades individuales. |
| Prescripción de la sesión de hemodiálisis | La prescripción de la hemodiálisis será por parte del médico Nefrólogo de la unidad, de manera individualizada en cada paciente, en apego a la NOM para la práctica de la Hemodiálisis; y deberá garantizar un Kt/v de 1.2 a 1.4. |
| Formato de referencia | Todo paciente referido a tratamiento de |

| | |
|---|---|
| | hemodiálisis subrogada deberá contar con formato 4-30-02/3, el cual deberá contar con sello de vigencia de derechos y especificar la temporalidad del tratamiento, para fines de este tratamiento se entenderá por TEMPORAL al paciente que es referido para ser tratada por un tiempo máximo de 12 semanas; y DEFINITIVO al paciente que es referido para recibir tratamiento de manera permanente, en cuyo caso el formato ampara desde la fecha de envío hasta el último del del año; y el formato deberá ser actualizado cada año. |
| En relación a la atención de pacientes en día domingo | La unidad de hemodiálisis subrogada deberá garantizar la seguridad del paciente mediante la sanitización, desinfección, mantenimiento preventivo y correctivo, para lo cual destinará un día de la semana para realizarlo. |
| El licitante adjudicado garantizará la continuidad del tratamiento a los pacientes que cursen con infección por COVID-19, en ninguno de los casos deberá suspender la sesión de hemodiálisis.<br>Por lo que deberá implementar estrategias que permitan establecer las medidas de prevención necesarias para evitar la propagación del virus (cambios de horario, último turno, turno COVID). | El personal médico y paramédico durante la atención del paciente deberán portar equipo de protección personal (bata desechable, cubrebocas, lentes protectores y careta).<br><br>Para evitar la trasmisión del virus COVID-19, el médico responsable de la unidad de hemodiálisis implementará una área de triage previo al ingreso del paciente a la sesión, en donde determina el envío al servicio de urgencias médicas del hospital correspondiente y de informar al servicio de epidemiología para seguimiento del caso.<br><br>En la sala de espera podrán permanecer los familiares de los pacientes que requieren de apoyo, siempre respetando las medidas de distanciamiento.<br><br>Trazar rutas de entrada y salida de pacientes con la finalidad de evitar aglomeraciones con los pacientes en los cambios de turno. |

# INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

## ANEXO NÚMERO TI 1 (TI UNO) SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7

## 2025

EN HOJA MEMBRETADA DE LA EMPRESA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**
CONVOCANTE

**[NOMBRE]**, EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA **[NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL LICITANTE O DISTRIBUIDOR]**, MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

- POR MEDIO DE LA PRESENTE ME PONGO EN CONTACTO [administrador del contrato y/o área requirente] DEL IMSS A EFECTO DE SOLICITAR LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE MENSAJES HL7 VERSION 3.0 DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN OFERTADO EN EL PROCESO LICITATORIO:_____ EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PLAZOS ESTABLECIDOS EN EL MISMO, POR LA CONVOCANTE.

LUGAR Y FECHA

_____

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

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO

| No. | DATO | ANOTAR |
|---|---|---|
| 1 | Convocante o Área Adquiriente | Nombre de la convocante o área adquiriente |
| 2 | Nombre | Nombre completo del representante legal |
| 3 | Nombre o razón social del licitante | Nombre o razón social de la empresa licitante |
| 4 | Lugar y Fecha | Lugar y fecha de elaboración |
| 5 | Nombre y Firma | Nombre (s), apellido paterno, materno y firma del representante legal de la empresa licitante |

# INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
# ANEXO NÚMERO TI 2(TI DOS) ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD 2025
## ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

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

==========
=======

Ciudad de México., 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), la Ley Federal de Protección a la Propiedad Industrial, la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y en lo aún aplicable Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Si no se cumplen los términos de las leyes antes mencionadas serán sancionados en base a lo que estipule cada una de las mismas.

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

Adicionalmente, **"EL PRESTADOR"** se obliga a lo siguiente:

- Utilizar toda la información a que tenga acceso o generada con motivo de su prestación de servicio ante **"EL INSTITUTO"** únicamente para cumplimentar el objeto del contrato adjudicado.

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

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

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

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

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

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

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

El presente documento se regirá por las leyes vigentes en la Ciudad de México, 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 _____el [día] de [mes] de 20[año] en la oficina del Administrador del Contrato.

| |
|---|
| [Nombre del Proveedor Adjudicado] |
| Nombre y firma del responsable IMSS |

# INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
# ANEXO NÚMERO TI 3 (TI TRES) DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE 2025

**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:
[Administrador del contrato]
P R E S E N T E

Estimado **[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN]**a nombre de mi representada **[NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO]** me permito por medio del presente dar a conocer los datos de contacto de la persona(s) responsable(s) de establecer comunicación entre el Instituto y nuestra representada para todo lo referente al Sistema de Información, de acuerdo al **Anexo TI3 (TI TRES),** los cuales se detallan a continuación:

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

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

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos.

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

# INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
# ANEXO NÚMERO TI 4 (TI CUATRO) DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE 2025

## 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:
**[Administrador del contrato]**
P R E S E N T E

Estimado **[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN]** a nombre de mi representada **[NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO]** me permito por medio del presente dar a conocer los datos del (los) Sistema(s) de Información que propone implantar en las Unidades de Atención y la(s) empresa(s) que le dará soporte, de acuerdo al **Anexo T4 (T Cuatro)** "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 Integral de Hemodiálisis Subrogada, del Instituto Mexicano del Seguro Social de la delegación **[DELEGACIÓN O UNIDAD MÉDICA]**.

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos.

ATENTAMENTE

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

Área Integradora y Técnica, en términos de las funciones sustantivas del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas.

Nota importante: Los Anexos "ANEXO NÚMERO TI 1 (TI UNO) SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7 2023" , "ANEXO NÚMERO TI 2(TI DOS) ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD 2023", "ANEXO NÚMERO TI 3 (TI TRES) DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE 2023" y "ANEXO NÚMERO TI 4 (TI CUATRO) DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE 2023" que forman parte integrante de este documento, son responsabilidad y competencia de la Coordinación Técnica de Servicios Digitales y de Información para la Salud, de la Coordinación de Servicios Digitales y de Información para la Salud y Administrativos de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, o a través del Coordinador Delegacional de Informática / ingeniero Biomédico, según corresponda.

**ANEXO 4 (CUATRO) "FORMATO PARA FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO"**

Denominación social: _____, en lo sucesivo (la "Afianzadora" o la "Aseguradora")
Domicilio: _____.
Autorización del Gobierno Federal para operar: _____ (Número de oficio y fecha)
Beneficiaria:
Tesorería de la Federación, en lo sucesivo "la Beneficiaria".
Domicilio: _____.
Dependencia contratante: _____. (En lo sucesivo "la Contratante")
El medio electrónico, por el cual se pueda enviar la fianza a "la Contratante" y a "la Beneficiaria": _____.
Fiado (s): (En caso de proposición conjunta, el nombre y datos de cada uno de ellos)
Nombre o denominación social: _____.
RFC: _____.
Domicilio: _____. (El mismo que aparezca en el contrato principal)
Datos de la póliza:
Número: _____. (Número asignado por la "Afianzadora" o la "Aseguradora")
Monto Afianzado: _____ (Con letra y número, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado)
Moneda: _____.
Fecha de expedición: _____.
Obligación garantizada: El cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el contrato, en los términos de la Cláusula PRIMERA de la presente póliza de fianza.
Naturaleza de las Obligaciones: ____ (Divisible o Indivisible, de conformidad con lo estipulado en el contrato).
Si es Divisible aplicará el siguiente texto: La obligación garantizada será divisible, por lo que, en caso de presentarse algún incumplimiento, se hará efectiva solo en la proporción correspondiente al incumplimiento de la obligación principal.
Si es Indivisible aplicará el siguiente texto: La obligación garantizada será indivisible y en caso de presentarse algún incumplimiento se hará efectiva por el monto total de las obligaciones garantizadas.
Datos del contrato o pedido, en lo sucesivo el "Contrato":
Número asignado por "la Contratante": _____.
Objeto: _____.
Monto del Contrato: _____ (Con letra y número, sin el Impuesto al Valor Agregado)
Moneda: _____.
Fecha de suscripción: _____.
Tipo: _____ (Adquisiciones, Arrendamientos, Servicios, Obra Pública o servicios relacionados con la misma)
Obligación contractual para la garantía de cumplimiento: _____ (Divisible o Indivisible, de conformidad con lo estipulado en el contrato)
Procedimiento al que se sujetará la presente póliza de fianza para hacerla efectiva: El previsto en el artículo 282 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.
Competencia y Jurisdicción: Para todo lo relacionado con la presente póliza, el fiado, el fiador y cualesquier otro obligado, así como "la Beneficiaria", se someterán a la jurisdicción y competencia de los tribunales federales de _____ (precisar el lugar), renunciando al fuero que pudiera corresponderle en razón de su domicilio o por cualquier otra causa.
La presente fianza se expide de conformidad con lo dispuesto por los artículos 48, fracción II y último
párrafo, y artículo 49, fracción I, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 151 de su Reglamento.
Validación de la fianza en el portal de internet, dirección electrónica www.amig.org.mx
(Nombre del representante de la Afianzadora o Aseguradora) DIARIO OFICIAL viernes 15 de abril de 2022

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

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

SEGUNDA. – MONTO AFIANZADO.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora"), se compromete a pagar a "la Beneficiaria", hasta el monto de esta póliza, que es (con número y letra sin incluir el Impuesto al Valor Agregado) que representa el __ % (señalar el porcentaje con letra) del valor del "Contrato".
(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") reconoce que el monto garantizado por la fianza de cumplimiento se puede modificar en el caso de que se formalice uno o varios convenios modificatorios de ampliación del monto del "Contrato" indicado en la carátula de esta póliza, siempre y cuando no se rebase el ___% de dicho monto.
Previa notificación del fiado y cumplimiento de los requisitos legales, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") emitirá el documento modificatorio correspondiente o endoso para el solo efecto de hacer constar la referida ampliación, sin que se entienda que la obligación sea novada.
En el supuesto de que el porcentaje de aumento al "Contrato" en monto fuera superior a los indicados, (la
"Afianzadora" o la "Aseguradora") se reserva el derecho de emitir los endosos subsecuentes, por la diferencia entre ambos montos, sin embargo, previa solicitud del fiado, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") podrá garantizar dicha diferencia y emitirá el documento modificatorio correspondiente.
(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") acepta expresamente que, en caso de requerimiento, se compromete a pagar el monto total afianzado, siempre y cuando en el contrato se haya estipulado que la obligación garantizada es indivisible; de estipularse que es divisible, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") pagará de forma proporcional el monto de la o las obligaciones incumplidas..

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

CUARTA. – VIGENCIA.
La fianza permanecerá vigente durante el cumplimiento a la o las obligaciones que garantice en los términos del "Contrato" y continuará vigente en caso de que "la Contratante" otorgue prórroga o espera al cumplimiento del "Contrato", en los términos de la siguiente cláusula.
Asimismo, esta fianza permanecerá vigente durante la substanciación de todos los recursos legales, arbitrajes o juicios que se interpongan con origen en la obligación garantizada hasta que se pronuncie resolución definitiva de autoridad o tribunal competente que haya causado ejecutoria.
De esta forma la vigencia de la fianza no podrá acotarse en razón del plazo establecido para cumplir la o las obligaciones contractuales.

QUINTA. – PRÓRROGAS, ESPERAS O AMPLIACIÓN AL PLAZO DEL CONTRATO.
En caso de que se prorrogue el plazo originalmente señalado o conceder esperas o convenios de ampliación de plazo para el cumplimiento del contrato garantizado y sus anexos, el fiado dará aviso a (la
"Afianzadora" o la "Aseguradora"), la cual deberá emitir los documentos modificatorios o endosos correspondientes.
(La "Afianzadora o la "Aseguradora") acepta expresamente garantizar la obligación a que esta póliza se refiere, aún en el caso de que se otorgue prorroga, espera o ampliación al fiado por parte de la "Contratante" para el cumplimiento total de las obligaciones que se garantizan, por lo que no se actualiza el supuesto de extinción de fianza previsto en el artículo 179 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, sin que se entienda novada la obligación.
Viernes 15 de abril de 2022 DIARIO OFICIAL

SEXTA. – SUPUESTOS DE SUSPENSIÓN.
(Sólo incluir para el caso de póliza en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios)
Para garantizar el cumplimiento del "Contrato", cuando concurran los supuestos de suspensión en los términos de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento y demás disposiciones aplicables, "la Contratante" deberá emitir el o las actas circunstanciadas y, en su caso, las constancias a que haya lugar. En estos supuestos, a petición del fiado, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") otorgará el o los endosos conducentes, conforme a lo estatuido en el artículo 166 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para lo cual bastará que el fiado exhiba a (la "Afianzadora o a la Aseguradora") dichos documentos expedidos por "la Contratante".
El aplazamiento derivado de la interposición de recursos administrativos y medios de defensa legales, no modifica o altera el plazo de ejecución inicialmente pactado, por lo que subsistirán inalterados los términos y condiciones originalmente previstos, entendiendo que los endosos que emita (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") por cualquiera de los supuestos referidos, formarán parte en su conjunto, solidaria e inseparable de la póliza inicial.

SEXTA. – SUPUESTOS DE SUSPENSIÓN.
(Sólo incluir para el caso de póliza en materia de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas) Para garantizar el cumplimiento del contrato, en caso de suspensión de los trabajos por cualquier causa justificada en los términos de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, su Reglamento y demás disposiciones aplicables, "la Contratante" deberá emitir el o las actas circunstanciadas y, en su caso, las constancias a que haya lugar. En estos supuestos, a petición del fiado, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") otorgará el o los endosos conducentes, conforme a lo estatuido en el artículo 166 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para lo cual bastará que el fiado exhiba a (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") dichos documentos expedidos por "la Contratante".

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

SÉPTIMA. – SUBJUDICIDAD.
(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") realizará el pago de la cantidad requerida, bajo los términos estipulados en esta póliza de fianza, y, en su caso, la indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el artículo 283 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aun cuando la obligación se encuentre subjúdice, en virtud de procedimiento ante autoridad judicial, administrativa o tribunal arbitral, salvo que el fiado obtenga la suspensión de su ejecución, ante dichas instancias.
(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") deberá comunicar a "la Beneficiaria" de la garantía, el otorgamiento de la suspensión al fiado, acompañándole las constancias respectivas que así lo acrediten, a fin de que se encuentre en la posibilidad de abstenerse del cobro de la fianza hasta en tanto se dicte sentencia firme.

OCTAVA. – COAFIANZAMIENTO O YUXTAPOSICIÓN DE GARANTÍAS.
El coafianzamiento o yuxtaposición de garantías, no implicará novación de las obligaciones asumidas por
(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") por lo que subsistirá su responsabilidad exclusivamente en la medida y condiciones en que la asumió en la presente póliza de fianza y en sus documentos modificatorios, de conformidad con lo expresamente estipulado para tales efectos en el contrato principal materia del afianzamiento.

NOVENA. – CANCELACIÓN DE LA FIANZA.
(Sólo incluir para el caso de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios)
(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") quedará liberada de su obligación fiadora siempre y cuando "la Contratante" le comunique por escrito, por conducto del servidor público facultado para ello, su conformidad para cancelar la presente garantía. DIARIO OFICIAL Viernes 15 de abril de 2022 El fiado podrá solicitar la cancelación de la fianza para lo cual deberá presentar a (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") la constancia de cumplimiento total de las obligaciones contractuales. Cuando el fiado solicite dicha cancelación derivado del pago realizado por saldos a su cargo o por el incumplimiento de obligaciones, deberá presentar el recibo de pago correspondiente.
Esta fianza se cancelará cuando habiéndose cumplido la totalidad de las obligaciones estipuladas en el
"Contrato", "la Contratante" haya calificado o revisado y aceptado la garantía exhibida por el fiado para responder por los defectos, vicios ocultos de los bienes entregados y por el correcto funcionamiento de los mismos o por la calidad de los servicios prestados por el fiado, respecto del "Contrato" especificado en la carátula de la presente póliza y sus respectivos convenios modificatorios.

NOVENA. – CANCELACIÓN DE LA FIANZA.
(Sólo incluir para el caso de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas) (La "Afianzadora" o la "Aseguradora") quedará liberada de su obligación fiadora siempre y cuando "la Contratante" le comunique por escrito, por conducto del servidor público facultado para ello, su conformidad para cancelar la presente garantía por haberse cumplido con las obligaciones a cargo del fiado y aceptado la garantía por defectos o vicios ocultos.
El fiado podrá solicitar la cancelación de la fianza para lo cual deberá presentar a (la "Afianzadora" o la
"Aseguradora), el acta administrativa de extinción de derechos y obligaciones o, en su caso, el finiquito, y en el supuesto de existir saldos a cargo del fiado, la liquidación correspondiente. Siempre y cuando se haya exhibido y aceptado la garantía de vicios ocultos. Cuando el fiado solicite la cancelación derivado del pago realizado por saldos a su cargo o por el incumplimiento de obligaciones, deberá presentar el recibo de pago correspondiente.

DÉCIMA. – PROCEDIMIENTOS.
(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") acepta expresamente someterse al procedimiento previsto en el artículo 282 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas para hacer efectiva la fianza.

DÉCIMA PRIMERA REQUERIMIENTO.
"La Beneficiaria" podrá realizar el requerimiento de pago a que se refiere el artículo 282 de la Ley de
Instituciones de Seguros y de Fianzas en las oficinas principales, sucursales, oficinas de servicio o bien en los domicilios de los apoderados designados por la Institución para recibir requerimientos de pago, correspondientes a cada una de las regiones competencia de las Salas Regionales del Tribunal Federal de
Justicia Administrativa.
"La Beneficiaria" requerirá de pago a la institución acompañando los documentos justificativos siguientes:
1. El Acto o Contrato en que conste la obligación a cargo del fiado.

2. La Póliza de Fianza y endoso o endosos respectivos.
3. El Acta Administrativa, en la que se harán constar de manera cronológica y circunstanciada los actos u omisiones que constituyan el incumplimiento a las obligaciones garantizadas.
4. La Liquidación de adeudo o documento en el cual conste el crédito o importe a requerir con cargo a la garantía.
5. Si los hubiere, la demanda o el escrito de cualquier otro medio de defensa legal procedente, presentado por el fiado, resoluciones o sentencias firmes dictadas por autoridad competente y sus notificaciones.
6. Los demás documentos que la Tesorería estime pertinentes.

Dichos documentos se acompañarán en original o en copia certificada, salvo la póliza de fianza y su endoso o endosos, los cuales deberán anexarse en original.

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

DÉCIMA TERCERA. – ENTREGA DE FIANZAS.
(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") deberá entregar a "la Beneficiaria", una copia de esta póliza a través del medio electrónico, la dirección de correo electrónico, o ambos conforme a lo señalado en la carátula de esta póliza.