

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA<br/>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</p> | <p style="text-align: center;">LICITACION PUBLICA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</p> <p style="text-align: center;">LA-050GYR031-E409-2022</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO SUBROGADO<br/>DE GAMMAGRAFIA</p> <p style="text-align: center;">NUMERO INTERNO DE CONTRATO<br/>031-E409-2022-001</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO S3M0007</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

CONTRATO DE SERVICIO MEDICO SUBROGADO DE GAMMAGRAFIA, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, QUE EN LO SUCESIVO SE DENOMINARÁ “EL INSTITUTO”, REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR LA DRA. MARÍA DE LOURDES DÍAZ ESPINOSA, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA, ESTABLECIDO EN LA FRACCIÓN XXVI, DEL ARTÍCULO 155, EN RELACIÓN CON EL ARTÍCULO 2, FRACCIÓN IV, INCISO A), DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, Y POR LA OTRA, CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD EN ONCOLOGIA SAN JOSE DE SONORA, S.A. DE C.V., EN LO SUBSECUENTE “EL PROVEEDOR”, REPRESENTADA POR JORGE LUIS ROMAN SICAÍROS, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

#### DECLARACIONES

I. “EL INSTITUTO”, declara a través de su representante legal 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. Está facultado para celebrar los actos necesarios para la consecución de los fines para los que fue creado, de conformidad con el artículo 251 fracción IV de la Ley del Seguro Social.
- I.3.- La Dra. María de Lourdes Díaz Espinosa, en su carácter de Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Sonora, se encuentra facultada para suscribir el presente instrumento jurídico en representación de “EL INSTITUTO”, de acuerdo a lo establecido en los artículos 251 A de la Ley del Seguro Social, y 2, fracción IV, inciso a), 139, 141, 144 fracciones I, XXIII y XXXVI, y 155 fracción XXVI del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; y acredita su personalidad con el Testimonio que contiene la Escritura Pública No. 103358, otorgada el 21 de julio de 2021 ante la fe del Licenciado César Álvarez Flores, Titular de la Notaría Pública No. 87 de la Ciudad de México, actuando como asociado en el protocolo de la Notaría Pública No. 98 de la Ciudad de México, de la cual es Titular el Licenciado Gonzalo M. Ortiz Blanco, inscrita en el Registro Público de Organismos Descentralizados bajo el folio número 97-7-26072021-134555, de fecha 26 de julio de 2021, en cumplimiento a lo ordenado en la fracción IV del artículo 25 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, facultades que no le han sido modificadas, restringidas o revocadas en forma alguna.

Su nombramiento se encuentra inscrito en el Registro Público de Organismos Descentralizados, bajo el folio número 97-5-13072021-111121, de fecha 13 de julio de 2021, en términos del artículo 25, fracción III, de la Ley Federal de Entidades Paraestatales.

- I.4. El Dr. Jorge Humberto Urbina Ochoa, Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, interviene en la firma del presente contrato como Área Consolidadora, en Representación Común de las Áreas Administradoras, responsables de dar seguimiento y verificar el cumplimiento de los derechos y obligaciones establecidos en este Contrato, conforme a lo dispuesto en los numerales 5.4.13 de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, para lo cual se agrega como **Anexo 7 (Siete)** del presente contrato, los oficios de designación de administradores del mismo.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA<br/>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b></p> | <p style="text-align: center;"><b>LICITACION PUBLICA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>LA-050GYR031-E409-2022</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO<br/>DE GAMMAGRAFIA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>NUMERO INTERNO DE CONTRATO<br/>031-E409-2022-001</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO S3M0007</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- I.5. El Lic. Juan Pedro Beltran Muñoz, Encargado del Despacho de la Jefatura de Servicios Administrativos, interviene en la firma del presente contrato como Área Responsable de la Contratación, conforme a lo dispuesto en el artículo 2, fracción I, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y el numeral 5.3.8 inciso b), de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- I.6. El Dr. Jorge Humberto Urbina Ochoa, Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, interviene en la firma del presente contrato como Área Requirente, en el procedimiento del cual se deriva este contrato, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2, fracción II, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; y numeral 4.24, de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- I.7. El Dr. Jorge Humberto Urbina Ochoa, Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, interviene en la firma del presente contrato como Área Técnica, responsable de haber proporcionado los elementos técnicos de este instrumento jurídico y evaluado las proposiciones técnicas del prestador de servicios, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2, fracción III, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; y numerales 4.25, 4.39 y 5.3.9 inciso b), de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- I.8. Para el cumplimiento de sus funciones y la realización de sus actividades, requiere de la contratación de servicio médico subrogado de Gammagrafía.
- I.9. Para cubrir las erogaciones que se deriven del presente contrato, cuenta con recursos disponibles suficientes, no comprometidos, en la partida presupuestal número 42062106, de conformidad con el Dictamen de Disponibilidad Presupuestal Previo número 0000000411-2023, emitido por el Jefe de Servicios de Finanzas, mismo que se agrega al presente instrumento jurídico como **Anexo 1 (uno)**.
- I.10. El presente contrato fue adjudicado a **"EL PROVEEDOR"** mediante el procedimiento de Licitación Pública Nacional Electrónica número **LA-050GYR031-E409-2022**, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de conformidad con los artículos 25, 26 fracción I, 26 Bis fracción II, 27, 28 fracción I, 29, 30, 32, 33, 33 Bis, 34, 35, 36, 36 Bis y 47 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP), 39, 42, 46 y 48 de su Reglamento, las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios y demás disposiciones aplicables en la materia.
- I.11. Con fecha 29 de Diciembre de 2022, la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, emitió Acta de Fallo del procedimiento de contratación mencionado en la Declaración que antecede.
- I.12. Conforme a lo previsto en los artículos 57 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 107 de su Reglamento, **"EL PROVEEDOR"** en caso de auditorías, visitas o inspecciones que practique la Secretaría de la Función Pública y el Órgano Interno de Control en **"EL INSTITUTO"**, deberá proporcionar la información que en su momento se requiera, relativa al presente contrato.





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

LICITACION PUBLICA NACIONAL  
ELECTRONICA

LA-050GYR031-E409-2022

SERVICIO MEDICO SUBROGADO  
DE GAMMAGRAFIA

NUMERO INTERNO DE CONTRATO  
031-E409-2022-001

CONTRATO S3M0007

I.13. De conformidad con lo previsto en el artículo 45 penúltimo párrafo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y artículo 81 fracción IV, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, en caso de discrepancia entre el contenido de la Convocatoria, Junta de Aclaraciones y el presente instrumento jurídico, prevalecerá lo establecido en estas.

I.14. Señala como domicilio para todos los efectos de este acto jurídico el ubicado en calle 5 de febrero 220 norte, Colonia Centro, C.P. 85000, Ciudad Obregón, Sonora.

II. **"EL PROVEEDOR" declara por conducto de su representante legal que:**

II.1. Es una persona moral constituida de conformidad con las leyes de los Estados Unidos Mexicanos, según consta en la Escritura Pública número 6020 de fecha 28 de Junio de 2017, pasada ante la fe de la Licenciado Rosalba Bazán Ortega, suplente de la Notaria Pública número 101 de la Ciudad de Hermosillo, Sonora, inscrita en el Registro Público de la Propiedad y el Comercio N-2017053882 de fecha 05 de Julio de 2017.

II.2. Se encuentra representada para la celebración de este contrato, por Jorge Luis Román Sicairos, quien acredita su personalidad en términos de la Escritura Pública número 6020 de fecha 28 de Junio de 2017, pasada ante la fe de la Licenciado Rosalba Bazán Ortega, suplente de la Notaria Pública número 101 de la Ciudad de Hermosillo, Sonora, y manifiesta bajo protesta de decir verdad, que las facultades que le fueron conferidas no le han sido revocadas, modificadas ni restringidas en forma alguna.

II.3. De acuerdo con sus estatutos, su objeto social consiste entre otras actividades, en: brindar todo tipo de servicios de asistencia médica o rehabilitación a personas, mediante su atención en establecimientos especializados tales como consultorios clínicos, hospitales o centros de rehabilitación física, pudiendo establecer farmacias, cafeterías, neverías, y demás actividades necesarias o complementarias a sanatorios, hospitales y clínicas.

II.4. Manifiesta bajo protesta de decir verdad, que cuenta con los siguientes Registros:

Registro Federal de Contribuyentes número: CAE170628KF3.

Registro Patronal ante el "EL INSTITUTO" número: [REDACTED]

II.5. Que sus trabajadores se encuentran inscritos en el régimen obligatorio del Seguro Social, y que se encuentra al corriente en el pago de las cuotas obrero patronales a que haya lugar, conforme a lo dispuesto en la Ley del Seguro Social. Para tal efecto, exhibe en este acto la constancia correspondiente debidamente emitida por "EL INSTITUTO" la cual exhibe para efectos de la suscripción del presente contrato.

II.6. Cuenta con el documento vigente en sentido positivo, expedido por "EL INSTITUTO" relativo a la opinión positiva sobre el cumplimiento de sus obligaciones en materia de seguridad social, conforme a las Reglas para la obtención de la opinión de cumplimiento de obligaciones en materia de seguridad social, aprobadas mediante Acuerdo ACDO.AS2.HCT.270422/107.P.DIR dictado por el H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 22 de Septiembre de 2022, de la cual presenta copia a "EL INSTITUTO" para efectos de la suscripción del presente instrumento jurídico.

II.7. En caso de incumplimiento en mis obligaciones en materia de seguridad social, solicito se apliquen los recursos derivados del presente contrato contra los adeudos que, en su caso, tuviera a favor de "EL INSTITUTO".

SE ELIMINA TELEFONO POR CONSIDERARSE INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICABLE O IDENTIFICABLE Y QUE POR SU DIFUSION PUEDE AFECTAR LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD EN TERMINOS DE LA FRACCION I DEL ART. 113 DE LA LFTAI

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA<br/>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</p> | <p>LICITACION PUBLICA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</p> <p>LA-050GYR031-E409-2022</p> <p>SERVICIO MEDICO SUBROGADO<br/>DE GAMMAGRAFIA</p> <p>NUMERO INTERNO DE CONTRATO<br/>031-E409-2022-001</p> <p>CONTRATO S3M0007</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

II.8. Cuenta con el documento correspondiente, vigente, expedido por el Servicio de Administración Tributaria (SAT), relativo a la opinión del cumplimiento de sus obligaciones fiscales, conforme a lo dispuesto por la Regla 2.1.37 de la Resolución Miscelánea Fiscal para 2023, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de diciembre de 2022, de conformidad con el artículo 32 D, del Código Fiscal de la Federación, del cual presenta copia a "EL INSTITUTO", para efectos de la suscripción del presente contrato.

II.9. Cuenta con la opinión vigente y en sentido positivo, sobre el cumplimiento de las obligaciones fiscales en materia de aportaciones patronales y entero de amortizaciones, conforme a lo dispuesto en el Acuerdo dictado por el H. Consejo de Administración del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, publicado en el Diario Oficial de la Federación, con fecha 31 de Julio de 2017, de la cual presenta copia a "EL INSTITUTO" para efectos de la suscripción del presente contrato.

Las constancias emitidas por el Servicio de Administración Tributaria (SAT), Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT), tendrán una vigencia de 30 días naturales contados a partir del día de su emisión.

La opinión de cumplimiento de obligaciones en materia de seguridad social (IMSS) tendrá vigencia solo el día de su emisión de conformidad con el Acuerdo al que se hace referencia en el punto anterior.

II.10. Manifiesta bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en los supuestos de los artículos 50 y 60 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

II.11. Manifiesta bajo protesta de decir verdad, que dispone de la organización, experiencia, elementos técnicos, humanos y económicos necesarios, así como con la capacidad suficiente para cumplir ante "EL INSTITUTO", de manera eficiente y adecuada con las obligaciones que contrae por medio de este instrumento legal.

II.12. Señala como domicilio legal para todos los efectos de este acto jurídico, el ubicado en Calle Benito Juárez número 463, Colonia Colinas, C.P. 83145, Hermosillo, Sonora, Teléfono: [REDACTED] EXT. [REDACTED] Fax [REDACTED] EXT. [REDACTED] Correo Electrónico: [aevans@grupomedicosanjose.com](mailto:aevans@grupomedicosanjose.com).

Hechas las declaraciones anteriores, las partes convienen en otorgar el presente contrato, de conformidad con las siguientes:

#### CLÁUSULAS

**PRIMERA.- OBJETO DEL CONTRATO.-** "EL INSTITUTO" requiere y "EL PROVEEDOR" se obliga a Prestar los servicio médico subrogado de Gammagrafía de conformidad con las características y especificaciones que se describen en el **Anexo 2 (dos)**, y que forman parte integral del presente instrumento jurídico.

**SEGUNDA.- IMPORTE DEL CONTRATO.-** "EL INSTITUTO" cuenta con un presupuesto mínimo como compromiso a ejercer, por la prestación de los servicios objeto de este contrato por la cantidad de **\$701,608.00 (Setecientos un mil seiscientos ocho pesos 00/100 M.N.)**, más el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.), y un presupuesto máximo susceptible de ejercer por la cantidad de **\$1,754,020.00 (Un millón setecientos cincuenta y cuatro mil veinte pesos 00/100 M.N.)**, más el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.), conforme al precio descrito en el **Anexo 2 (dos)** del presente contrato.



|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA<br/>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b></p> | <p align="center"><b>LICITACION PUBLICA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p align="center"><b>LA-050GYR031-E409-2022</b></p> <p align="center"><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO<br/>DE GAMMAGRAFIA</b></p> <p align="center"><b>NUMERO INTERNO DE CONTRATO<br/>031-E409-2022-001</b></p> <p align="center"><b>CONTRATO S3M0007</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Las partes convienen que el presente contrato se celebra bajo la modalidad de precios fijos, por lo que el monto de los mismos no cambiará durante la vigencia del mismo.

**TERCERA.- FORMA DE PAGO.-** Original y copia de la factura que reúna los requisitos fiscales respectivos, número de proveedor, número de contrato, en su caso, número de fianza y denominación social de la afianzadora, mismo que deberá ser entregado en Departamento de Presupuesto, contabilidad y Trámite de Erogaciones del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Sonora, con domicilio en Calle 5 de Febrero No. 220, entre Allende y Nainari, C.P. 85000, Col. Centro, Ciudad Obregón, Sonora de lunes a viernes.

El pago se realizará en pesos mexicanos, en los plazos normados por la Jefatura de Finanzas del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Sonora 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", dentro de los 20 (veinte) días naturales posteriores a aquel en que "EL PROVEEDOR" presente en las Áreas de Trámite de Erogaciones correspondientes, el original del comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI), que reúna los requisitos fiscales respectivos:

| Requisitos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Firmas                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Comprobante Fiscal Digital que cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 29-A del Código Fiscal de la Federación y en el cual se indique: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Número de proveedor.</li> <li>➤ Número de contrato.</li> <li>➤ Número de fianza y denominación Social de la Afianzadora</li> </ul> | Administrador del Contrato |
| Opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social (IMSS), positiva y vigente                                                                                                                                                                                                                        | .                          |

El administrador del contrato será quien dará autorización para que la Dirección de Finanzas proceda a su pago de acuerdo con lo normado en el anexo "Cuentas Contables" del "Procedimiento para la recepción, glosa y aprobación de documentos presentados para trámite de pago y la constitución, modificación, cancelación, operación y control de fondos fijos".

- a. "EL PROVEEDOR" recibirá su pago del "INSTITUTO" por los servicios prestados, solamente mediante el esquema de pago electrónico interbancario que el "INSTITUTO" tiene en operación con las instituciones bancarias siguientes: Banamex, S.A de C.V., BBVA Bancomer, S.A., Banorte, S.A y Scotiabank Inverlat, S.A., para tal efecto deberá presentar en la Tesorería Delegacional, petición escrita en hoja membretada de la empresa, indicando: nombre o razón social, número de proveedor asignado por el "INSTITUTO", domicilio fiscal, número telefónico y fax, nombre completo del apoderado legal con facultades de cobro y su firma, número de cuenta de cheques (número de clave bancaria estandarizada) banco, sucursal y plaza, así como original y copia de registro federal de contribuyentes (R.F.C.), comprobante de domicilio reciente (2 meses máximo), carátula del estado de cuenta (no mayor a 2 meses) identificación oficial vigente del apoderado legal, poder notarial del apoderado y acta constitutiva de la empresa en caso de ser persona moral.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA<br/>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b></p> | <p style="text-align: center;"><b>LICITACION PUBLICA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>LA-050GYR031-E409-2022</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO<br/>DE GAMMAGRAFIA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>NUMERO INTERNO DE CONTRATO<br/>031-E409-2022-001</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO S3M0007</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- b. "EL PROVEEDOR" deberá de expedir sus facturas en el esquema de facturación electrónica CFDI (Comprobante Fiscal Digital a través de Internet), la recepción de las mismas será a través del Portal de Servicios a Proveedores, y deberán de ser proporcionadas en su formato XML; la validez de las mismas será determinada durante la carga y únicamente las facturas fiscalmente validas serán procedentes para pago. "EL PROVEEDOR" deberá proporcionar al Administrador del Contrato una representación impresa de la misma que cumpla con las especificaciones normadas por el Servicio de Administración Tributaria (SAT), la representación impresa por sí misma no será sustento para pago si no se hace la carga del XML del cual se originó o si la misma no es una representación fiel.

Anexo a la solicitud de pago electrónico (intrabancario e interbancario) el proveedor deberá presentar original y copia de la cédula del Registro Federal de Contribuyentes, Poder Notarial e identificación oficial; los originales se solicitan únicamente para cotejar los datos y les serán devueltos en el mismo acto.

Así mismo, el Instituto aceptará del proveedor, 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, de la Ley del Seguro Social.

**CUARTA.- PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO.-** "EL PROVEEDOR" se compromete a prestar el servicio a "EL INSTITUTO" que se menciona en la Cláusula Primera del presente instrumento jurídico.

El servicio deberá prestarse en las instalaciones de "EL PROVEEDOR".

"EL INSTITUTO" a través del médico tratante, con el visto bueno del Jefe del Servicio y autorización Director del Hospital, canalizará a los pacientes por medio del formato "Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03), **Anexo 3 (tres)** del presente instrumento jurídico, mismo que contendrá el resumen clínico, diagnóstico y el estudio a requerirse.

Las citas de los tratamientos solicitados se programarán, dentro de los siguientes 3 días hábiles como máximo al envío y/o presentación de la solicitud de subrogación de servicios, **Anexo 3 (tres)** del presente instrumento jurídico.

"EL PROVEEDOR" se compromete a dar las indicaciones con las que el paciente deberá de presentarse al estudio.

"EL PROVEEDOR" se compromete a proporcionar todos los insumos necesarios para que el estudio se realice de manera satisfactoria.

Los pacientes derivados por "EL INSTITUTO" previa cita se presentarán a las instalaciones de "EL PROVEEDOR", por medios propios o a través del servicio de ambulancias del propio Instituto, de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas.



|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p style="text-align: center;"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br/> <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b><br/> <b>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA</b><br/> <b>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b><br/> <b>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y</b><br/> <b>EQUIPAMIENTO</b> </p> | <p style="text-align: center;"> <b>LICITACION PUBLICA NACIONAL</b><br/> <b>ELECTRONICA</b><br/> <br/> <b>LA-050GYR031-E409-2022</b><br/> <br/> <b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO</b><br/> <b>DE GAMMAGRAFIA</b><br/> <br/> <b>NUMERO INTERNO DE CONTRATO</b><br/> <b>031-E409-2022-001</b><br/> <br/> <b>CONTRATO S3M0007</b> </p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**“EL PROVEEDOR”** entregará los resultados de su estudio del reporte del médico, tanto de manera impresa como en CD’S.

Tratándose de pacientes de hospital que se envíen por ambulancia, el tiempo de respuesta será de forma inmediata a partir de la solicitud. **“EL PROVEEDOR”** entregará los resultados interpretados de los estudios realizados de forma inmediata al derechohabiente o familiar de éste.

**“EL PROVEEDOR”** deberá de proporcionar números de teléfonos y correo(s) al cual se le comunicará cualquier eventualidad.

**“EL INSTITUTO”** requiere que los registros obtenidos de los estudios por derechohabiente se conserven durante el periodo de vigencia del contrato.

**“EL PROVEEDOR”** deberá presentar dentro de los cinco días hábiles posteriores a la fecha del corte de los servicios, la factura electrónica, el reporte de procedimientos y/o estudios otorgados con las solicitudes de subrogación realizados que contenga lo siguiente:

- Folio subrogado
- Matricula del médico solicitante
- Nombre del médico solicitante
- Especialidad del servicio médico solicitante
- Turno del médico solicitante
- Número de seguridad social con agregado del paciente
- Nombre del paciente
- Fecha de Solicitud
- Fecha de realización
- Diagnóstico del paciente
- Servicio subrogado solicitado

El número de Estudios dado a conocer es una mera referencia, el importe a contratar será el máximo de la disponibilidad presupuestaria.

Cabe resaltar que mientras no se cumpla con las condiciones de la prestación del servicio establecidas, **“EL INSTITUTO”** no dará por aceptado el servicio objeto de este instrumento jurídico.

**“EL PROVEEDOR”** se obliga a responder por su cuenta y riesgo de los daños y/o perjuicios, que, por inobservancia o negligencia de su parte, llegue a causar a **“EL INSTITUTO”** y/o a terceros.

Durante la prestación del servicio, éste será sujeto a una verificación visual aleatoria, con objeto de revisar que se preste conforme a las características solicitadas.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA<br/>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</p> | <p style="text-align: center;">LICITACION PUBLICA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</p> <p style="text-align: center;">LA-050GYR031-E409-2022</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO SUBROGADO<br/>DE GAMMAGRAFIA</p> <p style="text-align: center;">NUMERO INTERNO DE CONTRATO<br/>031-E409-2022-001</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO S3M0007</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

“EL INSTITUTO” acudirá a aplicar la Cédula de verificación de las condiciones de seguridad y protección civil en las unidades médicas subrogadas **Anexo 4 (cuatro)** del presente instrumento jurídico.

En el supuesto de que “EL PROVEEDOR” para la prestación del servicio requiera de un espacio para resguardar bienes de su propiedad y que éstos sean necesarios para la prestación del servicio; previo al inicio de éste, deberá solicitarlo a “EL INSTITUTO”, sin que el hecho de que no le sea proporcionado el espacio, sea un obstáculo para no iniciar en tiempo con la prestación del servicio.

**QUINTA.- VIGENCIA.-** Las partes convienen en que la vigencia del presente contrato comprenderá del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2023.

**SEXTA.- PROHIBICIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES.-** “EL PROVEEDOR” se obliga a no ceder, a favor de cualquier otra persona, los derechos y obligaciones que se deriven de este Contrato.

“EL PROVEEDOR” sólo podrá ceder los derechos de cobro que se deriven del presente contrato, de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula Tercera.

**SEPTIMA.- RESPONSABILIDAD.-** “EL PROVEEDOR” se obliga a responder por su cuenta y riesgo de los daños y/o perjuicios que por inobservancia o negligencia de su parte, lleguen a causar a “EL 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 servicios entregados, de conformidad con lo establecido en el artículo 53 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

**OCTAVA.- IMPUESTOS Y/O DERECHOS.-** Los impuestos y/o derechos que procedan con motivo de los servicios objeto del presente contrato, serán pagados por “EL PROVEEDOR” conforme a la legislación aplicable en la materia.

“EL INSTITUTO” sólo cubrirá el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.) de acuerdo a lo establecido en las disposiciones fiscales vigentes en la materia.

**NOVENA.- PATENTES Y/O MARCAS.-** “EL PROVEEDOR” se obliga para con “EL INSTITUTO”, a responder por los daños y/o perjuicios que le pudiera causar a éste o a terceros, si con motivo de la prestación de los servicios viola 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 de la Propiedad Industrial.

En caso de que sobreviniera alguna reclamación en contra de “EL INSTITUTO” por cualquiera de las causas antes mencionadas, la única obligación de éste será la de dar aviso en el domicilio previsto en este instrumento 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.



|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA<br/>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</p> | <p style="text-align: center;">LICITACION PUBLICA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</p> <p style="text-align: center;">LA-050GYR031-E409-2022</p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO SUBROGADO<br/>DE GAMMAGRAFIA</p> <p style="text-align: center;">NUMERO INTERNO DE CONTRATO<br/>031-E409-2022-001</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO S3M0007</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**DECIMA.- GARANTÍAS.-** “EL PROVEEDOR” se obliga a otorgar a “EL INSTITUTO”, la garantía que se enumera a continuación:

- a) **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.-** “EL PROVEEDOR” se obliga a otorgar, dentro de un plazo de 10 (diez) días naturales contados a partir de la firma de este instrumento, una garantía de cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones a su cargo derivadas del presente Contrato, mediante fianza expedida por compañía autorizada en los términos de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y a favor del “**Instituto Mexicano del Seguro Social**”, por un monto equivalente al **10% (diez por ciento)** sobre el importe máximo que se indica en la Cláusula Segunda del presente contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado.

“EL PROVEEDOR” queda obligado a entregar a “EL INSTITUTO” la póliza de fianza, apegándose al formato que se integra al presente instrumento jurídico como **Anexo 5 (Cinco)**, en la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento ubicada en Calle 5 de Febrero No. 220 entre Allende y Nainari, Colonia Centro, C.P. 85000, Ciudad Obregón, Sonora. Oficinas del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Sonora.

Dicha 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” en forma inmediata, siempre que demuestre haber cumplido con la totalidad de las obligaciones adquiridas por virtud del presente contrato.

De conformidad con el artículo 81 fracción II del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, la aplicación de la garantía de cumplimiento se hará efectiva de manera proporcional al monto de las obligaciones incumplidas.

#### **DÉCIMA**

**PRIMERA.- EJECUCIÓN DE LA PÓLIZA DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO.-** “EL INSTITUTO” llevará a cabo la ejecución de la garantía de cumplimiento del contrato en los casos siguientes:

- a) Se rescinda administrativamente este contrato.
- b) Durante su vigencia se detecten deficiencias, fallas o calidad inferior en la prestación del servicio, en comparación con el ofertado.
- c) Cuando en el supuesto de que se realicen modificaciones al contrato, no entregue “EL PROVEEDOR” en el plazo pactado, el endoso o la nueva garantía, que ampare el porcentaje establecido para garantizar el cumplimiento del presente instrumento.
- d) Por cualquier otro incumplimiento de las obligaciones contraídas en este contrato.

#### **DÉCIMA**

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA<br/>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b></p> | <p align="center"><b>LICITACION PUBLICA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p align="center"><b>LA-050GYR031-E409-2022</b></p> <p align="center"><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO<br/>DE GAMMAGRAFIA</b></p> <p align="center"><b>NUMERO INTERNO DE CONTRATO<br/>031-E409-2022-001</b></p> <p align="center"><b>CONTRATO S3M0007</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**SEGUNDA.- PENAS CONVENCIONALES Y DEDUCCIONES.-** Se realizarán de conformidad con lo indicado en el documento denominado "TÉRMINOS Y CONDICIONES", el cual forma parte integrante de la presente Convocatoria, por atraso en la prestación del servicio o en el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones contractuales de conformidad con los establecido en los artículos 53 de la LAASSP, 96 de su Reglamento, y los numerales 5.5.8 de las POBALINES en el IMSS vigentes y 4.3.3 del MAAGMAASSP; aplicará las sanciones descritas a continuación o, en su caso, llevará a cabo la cancelación del servicio o el procedimiento de rescisión administrativa del contrato.

#### DÉCIMA

**TERCERA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA.-** De conformidad con lo establecido en el artículo 54 Bis de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, "EL INSTITUTO" podrá dar por terminado anticipadamente el presente Contrato sin responsabilidad para éste y sin necesidad de que medie resolución judicial alguna, cuando concurran razones de interés general o bien, cuando por causas justificadas se extinga la necesidad de requerir los servicios objeto del presente Contrato, y se demuestre que de continuar con el cumplimiento de las obligaciones pactadas se ocasionaría algún daño o perjuicio a "EL INSTITUTO" o se determine la nulidad total o parcial de los actos que dieron origen al presente instrumento jurídico, con motivo de la resolución de una inconformidad o intervención de oficio emitida por la Secretaría de la Función Pública.

En estos casos "EL INSTITUTO" reembolsará a "EL PROVEEDOR" los gastos no recuperables en que haya incurrido, siempre que estos sean razonables, estén comprobados y se relacionen directamente con el presente instrumento jurídico.

#### DÉCIMA

**CUARTA.- RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO.-** "EL INSTITUTO" podrá rescindir administrativamente el presente contrato en cualquier momento, cuando "EL PROVEEDOR" incurra en incumplimiento de cualquiera de las obligaciones a su cargo, de conformidad con el procedimiento previsto en el artículo 54 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. "EL INSTITUTO" podrá suspender el trámite del procedimiento de rescisión, cuando se hubiera iniciado un procedimiento de conciliación respecto del presente contrato.

#### DÉCIMA

**QUINTA.- CAUSAS DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO.-** "EL INSTITUTO" podrá rescindir administrativamente este contrato sin más responsabilidad para el mismo y sin necesidad de resolución judicial, cuando "EL PROVEEDOR" incurra en cualquiera de las causales siguientes:

1. Cuando no entregue la garantía de cumplimiento del contrato, dentro del término de 10 (diez) días naturales posteriores a la firma del mismo.
2. Cuando el proveedor incurra en falta de veracidad total o parcial respecto a la información proporcionada para la celebración del contrato.
3. Cuando se incumpla, total o parcialmente, con cualesquiera de las obligaciones establecidas en el contrato y sus anexos.



|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br/> <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b><br/> <b>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA</b><br/> <b>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b><br/> <b>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y</b><br/> <b>EQUIPAMIENTO</b></p> | <p style="text-align: center;"><b>LICITACION PUBLICA NACIONAL</b><br/> <b>ELECTRONICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>LA-050GYR031-E409-2022</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO</b><br/> <b>DE GAMMAGRAFIA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>NUMERO INTERNO DE CONTRATO</b><br/> <b>031-E409-2022-001</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO S3M0007</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Cuando se transmitan total o parcialmente, bajo cualquier título, los derechos y obligaciones a que se refieren las presentes bases, con excepción de los derechos de cobro, previa autorización del Instituto.
5. Si la autoridad competente declara el concurso mercantil o cualquier situación análoga o equivalente que afecte el patrimonio del proveedor.

#### DÉCIMA

**SEXTA.- PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN.-** Para el caso de rescisión administrativa las partes convienen en someterse al siguiente procedimiento:

- a) Si **"EL INSTITUTO"** considera que **"EL PROVEEDOR"** ha incurrido en alguna de las causales de rescisión que se consignan en la Cláusula que antecede, lo hará saber a **"EL PROVEEDOR"** de forma indubitable por escrito a efecto de que éste exponga lo que a su derecho convenga y aporte, en su caso, las pruebas que estime pertinentes, en un término de 5 (cinco) días hábiles, a partir de la notificación de la comunicación de referencia.
- b) Transcurrido el término a que se refiere el párrafo anterior, se resolverá considerando los argumentos y pruebas que hubiere hecho valer.
- c) La determinación de dar o no por rescindido administrativamente el contrato, deberá ser debidamente fundada, motivada y comunicada por escrito a **"EL PROVEEDOR"**, dentro de los 15 (quince) días siguientes, al vencimiento del plazo señalado en el inciso a), de esta Cláusula.

En el supuesto de que se rescinda el contrato, **"EL INSTITUTO"** no aplicará las penas convencionales, ni su contabilización para hacer efectiva la garantía de cumplimiento de este instrumento jurídico.

Para los efectos del párrafo que antecede, y de conformidad con el artículo 81, fracción II del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, la aplicación de la garantía de cumplimiento será por el total de la garantía correspondiente.

En caso de que **"EL INSTITUTO"** determine dar por rescindido el presente contrato, se deberá formular un finiquito en el que se hagan constar los pagos que, en su caso, deba efectuar **"EL INSTITUTO"** por concepto de los servicios proporcionados por **"EL PROVEEDOR"** hasta el momento en que se determine la rescisión administrativa.

Si previamente a la determinación de dar por rescindido el contrato, **"EL PROVEEDOR"** presta los servicios, el procedimiento iniciado quedará sin efectos, previa aceptación y verificación de **"EL INSTITUTO"** por escrito, de que continúa vigente la necesidad de contar con los servicios y aplicando, en su caso, las penas convencionales correspondientes.

**"EL INSTITUTO"** podrá determinar no dar por rescindido el contrato, cuando durante el procedimiento advierta que dicha rescisión pudiera ocasionar algún daño o afectación a las funciones que tiene encomendadas. En este supuesto, **"EL INSTITUTO"** elaborará un dictamen en el cual justifique que los impactos económicos o de operación que se ocasionarían con la rescisión del contrato resultarían más inconvenientes.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br/> <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b><br/> <b>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA</b><br/> <b>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b><br/> <b>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y</b><br/> <b>EQUIPAMIENTO</b></p> | <p style="text-align: center;"><b>LICITACION PUBLICA NACIONAL</b><br/> <b>ELECTRONICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>LA-050GYR031-E409-2022</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO</b><br/> <b>DE GAMMAGRAFIA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>NUMERO INTERNO DE CONTRATO</b><br/> <b>031-E409-2022-001</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO S3M0007</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

De no darse por rescindido el contrato, **"EL INSTITUTO"** establecerá, de conformidad con **"EL PROVEEDOR"** un nuevo plazo para el cumplimiento de aquellas obligaciones que se hubiesen dejado de cumplir, a efecto de que **"EL PROVEEDOR"** subsane el incumplimiento que hubiere motivado el inicio del procedimiento de rescisión. Lo anterior, se llevará a cabo a través de un convenio modificatorio en el que se considere lo dispuesto en los dos últimos párrafos del artículo 52 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

#### **DÉCIMA**

**SEPTIMA.- RELACIONES LABORALES.-** Para el cumplimiento del objeto del presente contrato, **"EL PROVEEDOR"** se obliga a proporcionar el Servicio Médico Subrogado de Gammagrafía, objeto del presente contrato, con personal propio y altamente calificado. Este personal estará y continuará bajo la subordinación de **"EL PROVEEDOR"** con el que tendrá establecida su relación laboral, en los términos del artículo 20 de la Ley Federal del Trabajo. En consecuencia, **"EL PROVEEDOR"** como patrón de los trabajadores que ocupe con motivo de la prestación de los servicios objeto de este contrato, será el único responsable de las obligaciones establecidas en la Ley Federal del Trabajo, en la Ley del Seguro Social y en la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, como son el pago de salarios, el pago de las cuotas obrerpatronales al Instituto Mexicano del Seguro Social, el pago de aportaciones al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, la retención y entero del Impuesto sobre la Renta, así como el otorgamiento de las prestaciones a que tengan derecho.

**"EL INSTITUTO"** en ningún momento y bajo ninguna circunstancia, será considerado como patrón sustituto o solidario, ni tendrá ninguna responsabilidad u obligación laboral, ni tampoco se le deberá considerar como intermediario de **"EL PROVEEDOR"**.

Por lo anterior, **"EL PROVEEDOR"** se obliga a eximir y liberar a **"EL INSTITUTO"** de toda responsabilidad jurídica y por lo mismo, **"EL PROVEEDOR"** responderá de todas las demandas que sus trabajadores presentasen en su contra o en contra de **"EL INSTITUTO"** en relación con los servicios materia de este instrumento jurídico.

En el supuesto caso de que se llegasen a presentar demandas o reclamaciones laborales, de seguridad social, fiscales o de cualquier otro tipo en contra de **"EL INSTITUTO"**, **"EL PROVEEDOR"** se obliga a liberarlo de toda responsabilidad jurídica y a cubrirle cualquier gasto, honorario o erogación que hubiese hecho **"EL INSTITUTO"** con motivo de dar contestación y trámite a dichas demandas. Además, **"EL INSTITUTO"** podrá ejecutar la fianza que se establece en la cláusula décima de este contrato.

#### **DECIMA**

**OCTAVA.- MODIFICACIONES.-** De conformidad con lo establecido en el artículo 52 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 91 de su Reglamento, **"EL INSTITUTO"** podrá celebrar por escrito convenio modificatorio al presente contrato dentro de la vigencia del mismo. Para tal efecto, **"EL PROVEEDOR"** se obliga a presentar, en su caso, la modificación de la garantía, en términos del artículo 103, fracción II del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

#### **DÉCIMA**

**NOVENA.- RELACIÓN DE ANEXOS.-** Los anexos que se relacionan a continuación son rubricados de conformidad por las partes y forman parte integrante del presente contrato.



|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA<br/>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b></p> | <p align="center"><b>LICITACION PUBLICA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p align="center"><b>LA-050GYR031-E409-2022</b></p> <p align="center"><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO<br/>DE GAMMAGRAFIA</b></p> <p align="center"><b>NUMERO INTERNO DE CONTRATO<br/>031-E409-2022-001</b></p> <p align="center"><b>CONTRATO S3M0007</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Anexo 1 (uno) "Dictamen de disponibilidad presupuestal"

Anexo 2 (dos) "Procedimientos y precios asignados"

Anexo 3 (tres) "Solicitud de subrogación de servicios (4-30-2/03)"

Anexo 4 (cuatro) "Cédula de verificación de las condiciones de seguridad y protección civil en las unidades médicas subrogadas"

Anexo 5 (Cinco) "Formato para Póliza de Fianza de Cumplimiento de Contrato"

Anexo 6 (Seis) "Lista de cotejo para verificación de empresas subrogadas"

Anexo 7 (Siete) "Administradores del contrato"

Anexo 8(Ocho) "Reporte mensual de procedimientos y/o estudios otorgados"

**VIGESIMA.- LEGISLACIÓN APLICABLE.-** Las partes se obligan a sujetarse estrictamente para el cumplimiento del presente contrato, a todas y cada una de las cláusulas del mismo, así como a lo establecido en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento, las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social vigentes, el Código Civil Federal, el Código Federal de Procedimientos Civiles, la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y las disposiciones administrativas aplicables en la materia.

#### **VIGÉSIMA**

**PRIMERA.- PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN.-** En cualquier momento durante la vigencia del presente Contrato, "EL PROVEEDOR" o "EL INSTITUTO" podrán presentar ante el Órgano Interno de Control en "EL INSTITUTO" solicitud de conciliación por desavenencias, derivadas del presente instrumento jurídico, conforme a lo dispuesto por la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento.

La solicitud se presentará mediante escrito, el cual contendrá los requisitos contenidos en el artículo 15 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, además hará referencia al número de Contrato, al servidor público encargado de su administración, objeto, vigencia y el monto del Contrato, señalando, en su caso, sobre la existencia de convenios modificatorios, debiendo adjuntar copia de los instrumentos consensuales debidamente suscritos.

#### **VIGESIMA**

**SEGUNDA.- JURISDICCIÓN.-** Para la interpretación y cumplimiento de este instrumento jurídico, así como para todo aquello que no esté expresamente estipulado en el mismo, las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes de Ciudad Obregón, Sonora, renunciando a cualquier otro fuero presente o futuro que por razón de su domicilio les pudiera corresponder.

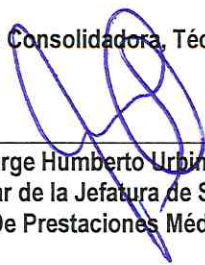
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br/> <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b><br/> <b>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA</b><br/> <b>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b><br/> <b>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y</b><br/> <b>EQUIPAMIENTO</b> </p> | <p align="center"> <b>LICITACION PUBLICA NACIONAL</b><br/> <b>ELECTRONICA</b><br/> <br/> <b>LA-050GYR031-E409-2022</b><br/> <br/> <b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO</b><br/> <b>DE GAMMAGRAFIA</b><br/> <br/> <b>NUMERO INTERNO DE CONTRATO</b><br/> <b>031-E409-2022-001</b><br/> <br/> <b>CONTRATO S3M0007</b> </p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Prevía lectura y debidamente enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente contrato, en virtud de que se ajusta a la expresión de su libre voluntad y que su consentimiento no se encuentra afectado por dolo, error, mala fe, ni otros vicios de la voluntad, lo firman y ratifican en todas sus partes, por Cuadruplicado, en Ciudad Obregón, Sonora, el día 12 de Enero de 2023, quedando un ejemplar en poder de **"EL PROVEEDOR"** y los demás en poder de **"EL INSTITUTO"**.

**"EL INSTITUTO"**  
**Instituto Mexicano del Seguro Social**

  
**Dra. María de Lourdes Díaz Espinosa**  
**Titular del Órgano de Operación Administrativa**  
**Desconcentrada Estatal Sonora, establecido en la**  
**fracción XXVI, del artículo 155, en relación con el**  
**artículo 2, fracción IV, inciso a), del Reglamento**  
**Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social**

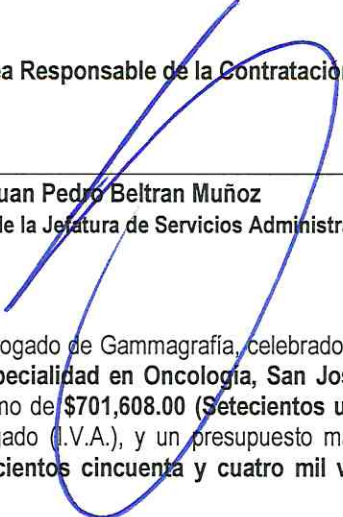
**Titular del Área Consolidadora, Técnica y Requirente**

  
**Dr. Jorge Humberto Urbina Ochoa**  
**Titular de la Jefatura de Servicios**  
**De Prestaciones Médicas**

**"EL PROVEEDOR"**

  
**Centro de Alta Especialidad en Oncología, San**  
**Jose de Sonora, S.A de C.V.**  
**Jorge Luis Román Sicairos**  
**Representante Legal**

**Titular del Área Responsable de la Contratación**

  
**Lic. Juan Pedro Beltrán Muñoz**  
**Encargado del Despacho de la Jefatura de Servicios Administrativos**

Las firmas que anteceden, forman parte del contrato de servicio médico subrogado de Gammagrafia, celebrado entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y el proveedor **Centro de Alta Especialidad en Oncología, San Jose de Sonora, S.A de C.V.**, de fecha 12 de Enero de 2023, por un importe mínimo de **\$701,608.00 (Setecientos un mil seiscientos ocho pesos 00/100 M.N.)**, más el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.), y un presupuesto máximo susceptible de ejercer por la cantidad de **\$1,754,020.00 (Un millón setecientos cincuenta y cuatro mil veinte pesos 00/100 M.N.)**, más el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.).





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

LICITACION PUBLICA NACIONAL  
ELECTRONICA

LA-050GYR031-E409-2022

SERVICIO MEDICO SUBROGADO  
DE GAMMAGRAFIA

NUMERO INTERNO DE CONTRATO  
031-E409-2022-001

CONTRATO S3M0007

ANEXO 1

DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE FINANZAS  
UNIDAD DE OPERACION FINANCIERA  
DELEGACION SONORA  
DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO

FOLIO: 050000411-2022

☐ Dictamen de inversión  
☒ Dictamen de Gasto

Dependencia Solicitante: 27 Sonora  
279001 Oficina del OOAD SONORA  
250100 Coordinación de Soporte Médico

Concepto: LICITACION 2023 PARA LA CONTRATACION DE SERVICIO MEDICO SUBROGADO DE GAMMAGRAFIA SOLICITADA EN OFICIO 1349 DEL 14/10/2022 POR CADA

Fecha Elaboración: 13/10/2022

Total Comprometido (en pesos): 1 2,036,438.00  
Cuenta: 42062106 SUBROGACION DE SERV. DIAGN. LAB. Unidad de Información: 271601 Centro de Costos: 200207  
Partida Presupuestaria SHGP: 33901 Subcontratación de servicios con terceros

| ENE          | FEB  | MAR  | ABR  | MAY  | JUN  | JUL  | AGO  | SEP  | OCT  | NOV  | DIC  |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 2,036,438.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 437.21       | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |

El presente documento de existencia de respaldo presupuestario se emite en términos de lo señalado en el numeral 7.5.3.4 de la Norma Presupuestaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y de lo establecido en el artículo 6°, 144 y 148 del Reglamento Interior del IMSS, en responsabilidad del área solicitante el destino y aplicación de los recursos. También se informa que este documento únicamente tendrá validez para el ejercicio fiscal en curso, y que con base en la revisión que se efectuó en el Sistema Financiero PRE-Milenium, en el Módulo de Control de Compromisos, en la combinación unidad de información y centro de costos, los montos señalados quedan comprometidos para dar inicio a las gestiones de adquisición de bienes y servicios con base al marco normativo vigente.

ATENAMENTE

QUINTERO REYES MARTHA PATRICIA

DIA MES AÑO  
DICTAMINADO DEFINITIVO

DICTAMEN DEFINITIVO

CONTRATO No. \_\_\_\_\_

IMPORTE DEFINITIVO (EN PESOS): **RECIBIDO** \$ \_\_\_\_\_ 00

17 OCT. 2022 IMSS

SE EMITE SUJETO A LAS CIFRAS DEFINITIVAS QUE APROBEN LOS DIPUTADOS PARA EL IMSS, RAZÓN POR LA CUAL EL IMPORTE DEBERÁ RATIFICARSE UNA VEZ QUE SE TENGA EL PRESUPUESTO APROBADO PARA EL EJERCICIO 2023.

Clave: 6170-009-001



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

LICITACION PUBLICA NACIONAL  
ELECTRONICA

LA-050GYR031-E409-2022

SERVICIO MEDICO SUBROGADO  
DE GAMMAGRAFIA

NUMERO INTERNO DE CONTRATO  
031-E409-2022-001

CONTRATO S3M0007

ANEXO 2

PROCEDIMIENTOS Y PRECIOS ASIGNADOS

CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD EN ONCOLOGÍA SAN JOSE DE SONORA, SA DE CV

| SERVICIO    |     | UNIDAD | LOCALIDAD  | DESCRIPCION                 | CANTIDAD<br>MAXIMA | P.U   | MONTO<br>MAXIMO |
|-------------|-----|--------|------------|-----------------------------|--------------------|-------|-----------------|
| GAMMAGRAFIA | 2.1 | HCP    | HERMOSILLO | ANESTESIA                   | 50                 | 1,500 | 75,000          |
|             |     | HCP    | HERMOSILLO | GAMAGRAMA CARDIACO          | 2                  | 4,700 | 9,400           |
|             |     | HCP    | HERMOSILLO | GAMMACRAFIA ESOFAGOGASTRICA | 28                 | 4,400 | 123,200         |

| SERVICIO | UNIDAD | LOCALIDAD | DESCRIPCION | CANTIDAD<br>MAXIMA                                                                                    | P.U | MONTO<br>MAXIMO |         |
|----------|--------|-----------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------|---------|
|          |        | HCP       | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA HEPATO BILIAR                                                                             | 5   | 2,800           | 14,000  |
|          |        | HCP       | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA HEPATOSPLENO Y BILI                                                                       | 2   | 2,800           | 5,600   |
|          |        | HCP       | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA OSEO CUERPO ENTERO                                                                        | 10  | 4,200           | 42,000  |
|          |        | HCP       | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA PULMONAR                                                                                  | 19  | 3,400           | 64,600  |
|          |        | HCP       | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA RENAL                                                                                     | 19  | 3,300           | 62,700  |
|          |        | HCP       | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA RENAL CON DIURETICO                                                                       | 15  | 3,100           | 58,300  |
|          |        | HCP       | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA TESTICULAR                                                                                | 2   | 2,090           | 4,180   |
|          |        | HCP       | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA TIROIDES                                                                                  | 10  | 2,400           | 24,000  |
|          | 2.2    | HGZ 14    | HERMOSILLO  | ANESTESIA                                                                                             | 17  | 1,500           | 25,500  |
|          |        | HGZ 14    | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA CARDIACO PEDIATRICO (PEDIATRICO)                                                          | 4   | 4,700           | 18,800  |
|          |        | HGZ 14    | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA CARDIACO REPOSO-STRESS CON TALIO O SESTAMIBI Y STRESS YA SEA FARMACOLOGICO CON DIPRIDAMOL | 7   | 7,900           | 55,300  |
|          |        | HGZ 14    | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA CARDIACO TALIO REPOSO REINYECCION PARA BUSQUEDA DE VIABILIDAD MIOCARDIACA                 | 2   | 7,700           | 15,400  |
|          |        | HGZ 14    | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA CARDIACO TALIO-REPOSO PARA ISQUEMIA MIOCARDIACA (ADULTO)                                  | 14  | 7,700           | 107,800 |
|          |        | HGZ 14    | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA CON ERITROCITOS MARCADOS (PEDIATRICO)                                                     | 4   | 2,000           | 8,000   |
|          |        | HGZ 14    | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA CON TECNICO 99 M (BUSQUEDA DE MUCOSA GASTRICA ECTOPICA (PEDIATRICO))                      | 4   | 2,100           | 8,400   |
|          |        | HGZ 14    | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA CUERPO ENTERO                                                                             | 3   | 2,800           | 8,400   |
|          |        | HGZ 14    | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA DE VACIAMIENTO GAS                                                                        | 4   | 3,600           | 14,400  |
|          |        | HGZ 14    | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA ESOFAGICO                                                                                 | 3   | 4,000           | 12,000  |
|          |        | HGZ 14    | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA GASTROESOFAGICO CON RASTREO PULMONAR (PEDIATRICO)                                         | 3   | 3,800           | 10,800  |
|          |        | HGZ 14    | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA OSEO CUERPO ENTERO                                                                        | 4   | 4,200           | 16,800  |
|          |        | HGZ 14    | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA PULMONAR (PEDIATRICO)                                                                     | 4   | 3,400           | 13,600  |
|          |        | HGZ 14    | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA RENAL                                                                                     | 5   | 3,300           | 25,700  |
|          |        | HGZ 14    | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA RENAL MAC 3 (PEDIATRICO)                                                                  | 4   | 3,000           | 12,000  |
|          |        | HGZ 14    | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA RENAL (PEDIATRICO)                                                                        | 3   | 3,300           | 9,900   |
|          |        | HGZ 14    | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA RENAL CON DIURETICO                                                                       | 2   | 3,100           | 6,200   |
|          |        | HGZ 14    | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA RENAL CON DTPA Y DIURETICO (PEDIATRICO)                                                   | 4   | 3,400           | 13,600  |
|          |        | HGZ 14    | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA RENAL DMSA (PEDIATRICO)                                                                   | 4   | 2,600           | 10,400  |
|          |        | HGZ 14    | HERMOSILLO  | GAMMAGRAFIA TIROIDEA CON TECNICO 99 (PEDIATRICO)                                                      | 4   | 2,620           | 10,480  |
|          |        | HGZ 14    | HERMOSILLO  | PHMETRIA (PEDIATRICO)                                                                                 | 4   | 2,090           | 8,360   |





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

LICITACION PUBLICA NACIONAL  
ELECTRONICA

LA-050GYR031-E409-2022

SERVICIO MEDICO SUBROGADO  
DE GAMMAGRAFIA

NUMERO INTERNO DE CONTRATO  
031-E409-2022-001

CONTRATO S3M0007

| SERVICIO | UNIDAD | LOCALIDAD  | DESCRIPCION                                                                                                      | CANTIDAD<br>MAXIMA | P.U.  | MONTO<br>MAXIMO |
|----------|--------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------|-----------------|
| 2.3      | HCZ 2  | HERMOSILLO | GAMMAGRAFIA CARDIACO REPOSO-<br>STRESS CON TALIO O SESTAMIBI Y STRESS<br>YA SEA FARMACOLOGICO CON<br>DIPIRIDAMOL | 75                 | 7,900 | 592,500         |
|          | HCZ 2  | HERMOSILLO | GAMMAGRAFIA CARDIACO TALIO<br>REPOSO REINYECCION PARA BUSQUEDA<br>DE VIABILIDAD MIOCARDIACA                      | 6                  | 7,700 | 46,200          |
|          | HCZ 2  | HERMOSILLO | GAMMAGRAFIA CARDIACO TALIO-<br>REPOSO PARA ISQUEMIA MIOCARDIACA<br>(ADULTO)                                      | 14                 | 7,700 | 107,800         |
|          | HCZ 2  | HERMOSILLO | GAMMAGRAMA CSEO                                                                                                  | 23                 | 4,700 | 108,100         |
| SUBTOTAL |        |            |                                                                                                                  |                    |       | 1,754,020       |
| IVA      |        |            |                                                                                                                  |                    |       | 280,543.2       |
| TOTAL    |        |            |                                                                                                                  |                    |       | 2,034,563       |



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

LICITACION PUBLICA NACIONAL  
ELECTRONICA

LA-050GYR031-E409-2022

SERVICIO MEDICO SUBROGADO  
DE GAMMAGRAFIA

NUMERO INTERNO DE CONTRATO  
031-E409-2022-001

CONTRATO S3M0007

ANEXO 3

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

|                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
|                                                  |  | INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br>DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS                                                                                                    |  | FOLIO: <u>2</u>                             |  |
| SOLICITUD DE SUBROGACION DE SERVICIOS (4-30-2/03)                                                                                 |  |                                                                                                                                                                              |  | FECHA: <u>3</u>                             |  |
| DELEGACION/ UMAY: <u>1</u>                                                                                                        |  | FECHA: <u>3</u>                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| UNIDAD MEDICA: <u>4</u>                                                                                                           |  | PACIENTE: <u>5</u>                                                                                                                                                           |  |                                             |  |
| CLAVE PRESUPUESTAL:                                                                                                               |  | NOMBRE:                                                                                                                                                                      |  |                                             |  |
| TIPO Y NÚMERO:                                                                                                                    |  | SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>                                                                                                                  |  |                                             |  |
| LOCALIDAD:                                                                                                                        |  | NO. DE SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                      |  |                                             |  |
| SERVICIO QUE DERIVA: <u>6</u>                                                                                                     |  | CURP: <u>3</u>                                                                                                                                                               |  |                                             |  |
| NOMBRE:                                                                                                                           |  | AGREGADO                                                                                                                                                                     |  |                                             |  |
| DIRECCION:                                                                                                                        |  | RAMO DE SEGURO QUE SE AFECTA: <u>9</u>                                                                                                                                       |  |                                             |  |
| TIPO DE SERVICIO                                                                                                                  |  | RT <input type="checkbox"/> EG <input type="checkbox"/> MAT <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> PEN <input type="checkbox"/> SPFAM <input type="checkbox"/> |  |                                             |  |
| ORDINARIO: <input type="checkbox"/> <u>7</u>                                                                                      |  | VIGENCIA DE DERECHOS <u>10</u>                                                                                                                                               |  |                                             |  |
| MOTIVO DE SUBROGACION: <u>8</u>                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| CS <input type="checkbox"/> FP <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> FI <input type="checkbox"/>                   |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| DIAGNOSTICO Y RESUMEN CLINICO: <u>11</u>                                                                                          |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
|                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| GRUPO A SUBROGAR: <u>12</u>                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| CONSULTA MEDICINA FAMILIAR: <input type="checkbox"/>                                                                              |  | CONSULTA ESPECIALIDADES <input type="checkbox"/>                                                                                                                             |  | CONSULTA DENTAL <input type="checkbox"/>    |  |
| HOSPITALIZACION MEDICA <input type="checkbox"/>                                                                                   |  | HOSPITALIZACION QUIRURGICA <input type="checkbox"/>                                                                                                                          |  | MATERNAL INFANTIL <input type="checkbox"/>  |  |
| AUX DE DX EN LABORATORIO <input type="checkbox"/>                                                                                 |  | AUX DE DX EN GABINETE <input type="checkbox"/>                                                                                                                               |  | AUX DE TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> |  |
| SERVICIO (S) A SUBROGAR <u>13</u>                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| CANTIDAD                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| Especificar:                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| PROVEEDOR                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL: <u>14</u>                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| DOMICILIO:                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| CONTRATO No. <u>14</u>                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| VIGENCIA DEL: <u>14</u>                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| RFC: <u>14</u>                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| TEL: <u>14</u>                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| AL: <u>14</u>                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| NOMBRE                                                                                                                            |  | ELABORÓ                                                                                                                                                                      |  | Vo.Bo JEFE DE SERVICIO                      |  |
| MATRICULA                                                                                                                         |  | <u>15</u>                                                                                                                                                                    |  | <u>16</u>                                   |  |
| FIRMA                                                                                                                             |  | <u>15</u>                                                                                                                                                                    |  | <u>17</u>                                   |  |
| CONSTANCIA DE QUE EL SERVICIO SE RECIBIO <u>18</u>                                                                                |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| NOMBRE: <u>18</u>                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| PACIENTE: <input type="checkbox"/> FAMILIAR: <input type="checkbox"/> RESPONSABLE: <input type="checkbox"/> PARENTESCO: <u>18</u> |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| DIRECCION: <u>18</u>                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| TEL: <u>18</u>                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| FECHA: <u>18</u>                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |
| FIRMA: <u>18</u>                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                              |  |                                             |  |



|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA<br/>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b></p> | <p align="center"><b>LICITACION PUBLICA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p align="center"><b>LA-050GYR031-E409-2022</b></p> <p align="center"><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO<br/>DE GAMMAGRAFIA</b></p> <p align="center"><b>NUMERO INTERNO DE CONTRATO<br/>031-E409-2022-001</b></p> <p align="center"><b>CONTRATO S3M0007</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### ANEXO 4

### CEDULA DE VERIFICACION DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y PROTECCION CIVIL EN LAS UNIDADES MÉDICAS SUBROGADAS

#### Cédula de verificación de las condiciones de seguridad y protección civil en las unidades médicas subrogadas

Delegación ó UMAE:

| Identificación de la Unidad                                             |          |
|-------------------------------------------------------------------------|----------|
| Nombre de la Unidad Subrogada (establecimiento):                        |          |
| Grupo Subrogado:                                                        |          |
| Procedimiento(s) Subrogado(s):                                          |          |
| Vigencia del Dictamen de verificación de Protección civil: (dd-mm-aaaa) |          |
| Inicio:                                                                 | Termino: |

| Domicilio de la Unidad Subrogada |                        |      |
|----------------------------------|------------------------|------|
| Calle:                           | Número:                | C.P. |
| Colonia:                         | No. Telefónico         |      |
| Estado                           | Delegación ó Municipio |      |

| 1. Sistema de alarma. *                                                                                                                                                                     | VALOR         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Sistema de alarma cuenta con panel de control, batería de respaldo, señal de alerta visual y auditiva (sirena y luz estrobo), está enlazada a una central o servicio de emergencia.         | 5             |
| Sistema de alarma cuenta con panel de control, batería de respaldo, señal de alerta visual y auditiva (sirena y luz estrobo), pero no está enlazada a una central o servicio de emergencia. | 3             |
| No cuenta con sistema de alarma o al existente le falta dos o más de los elementos solicitados.                                                                                             | 0             |
| Fecha                                                                                                                                                                                       | Observaciones |

| 2. Detectores de humo. *                                                                                                                                                                                           | VALOR         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Hay un detector por cubículo, por pasillo, y en superficies mayores, uno por cada 80 metros cuadrados; instalación cableada e integrados al sistema de alarma y conectados a un tablero con indicadores luminosos. | 5             |
| Al menos cuenta con un detector por cubículo o en superficies mayores, uno por cada 80 metros cuadrados; pero su funcionamiento es únicamente a base de batería y tiene bitácora de mantenimiento semanal.         | 3             |
| No hay detectores de humo en el número requerido.                                                                                                                                                                  | 0             |
| Fecha                                                                                                                                                                                                              | Observaciones |

| 3. Extintores. *                                                                                                                                                                                                                                                         | VALOR         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Colocados a 15 metros desde cualquier lugar ocupado, a una altura máxima de 1.5 metros a la parte más alta del equipo, con carga vigente, en sitios visibles y señalizados, de fácil acceso y libres de obstáculos, cerca de puertas y trayectos normalmente recorridos. | 5             |
| No cuenta con el número de extintores requeridos y/o no cumplen con las características solicitadas.                                                                                                                                                                     | 0             |
| Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                    | Observaciones |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br/> <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b><br/> <b>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA</b><br/> <b>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b><br/> <b>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> </p> | <p align="center"> <b>LICITACION PUBLICA NACIONAL ELECTRONICA</b><br/><br/> <b>LA-050GYR031-E409-2022</b><br/><br/> <b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO DE GAMMAGRAFIA</b><br/><br/> <b>NUMERO INTERNO DE CONTRATO 031-E409-2022-001</b><br/><br/> <b>CONTRATO S3M0007</b> </p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Cédula de verificación de las condiciones de seguridad y protección civil en las unidades médicas subrogadas**

Delegación ó UMAE:

| Identificación de la Unidad                                             |          |
|-------------------------------------------------------------------------|----------|
| Nombre de la Unidad Subrogada (establecimiento):                        |          |
| Grupo Subrogado:                                                        |          |
| Procedimiento(s) Subrogado(s):                                          |          |
| Vigencia del Dictamen de verificación de Protección civil: (dd-mm-aaaa) |          |
| Inicio:                                                                 | Termino: |

| Domicilio de la Unidad Subrogada |                        |      |
|----------------------------------|------------------------|------|
| Calle:                           | Número                 | C.P. |
| Colonia:                         | No. Telefónico         |      |
| Estado                           | Delegación ó Municipio |      |

| 1. Sistema de alarma. *                                                                                                                                                                     | VALOR         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Sistema de alarma cuenta con panel de control, batería de respaldo, señal de alerta visual y auditiva (sirena y luz estrobo), está enlazada a una central o servicio de emergencia.         | 5             |
| Sistema de alarma cuenta con panel de control, batería de respaldo, señal de alerta visual y auditiva (sirena y luz estrobo), pero no está enlazada a una central o servicio de emergencia. | 3             |
| No cuenta con sistema de alarma o al existente le falta dos o más de los elementos solicitados.                                                                                             | 0             |
| Fecha                                                                                                                                                                                       | Observaciones |
|                                                                                                                                                                                             |               |

| 2. Detectores de humo. *                                                                                                                                                                                           | VALOR         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Hay un detector por cubículo, por pasillo, y en superficies mayores, uno por cada 80 metros cuadrados; instalación cableada e integrados al sistema de alarma y conectados a un tablero con indicadores luminosos. | 5             |
| Al menos cuenta con un detector por cubículo o en superficies mayores, uno por cada 80 metros cuadrados; pero su funcionamiento es únicamente a base de batería y tiene bitácora de mantenimiento semanal.         | 3             |
| No hay detectores de humo en el número requerido.                                                                                                                                                                  | 0             |
| Fecha                                                                                                                                                                                                              | Observaciones |
|                                                                                                                                                                                                                    |               |

| 3. Extintores. *                                                                                                                                                                                                                                                         | VALOR         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Colocados a 15 metros desde cualquier lugar ocupado, a una altura máxima de 1.5 metros a la parte más alta del equipo, con carga vigente, en sitios visibles y señalizados, de fácil acceso y libres de obstáculos, cerca de puertas y trayectos normalmente recorridos. | 5             |
| No cuenta con el número de extintores requeridos y/o no cumplen con las características solicitadas.                                                                                                                                                                     | 0             |
| Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                    | Observaciones |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |



|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA<br/>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</p> | <p>LICITACION PUBLICA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</p> <p>LA-050GYR031-E409-2022</p> <p>SERVICIO MEDICO SUBROGADO<br/>DE GAMMAGRAFIA</p> <p>NUMERO INTERNO DE CONTRATO<br/>031-E409-2022-001</p> <p>CONTRATO S3M0007</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Cédula de verificación de las condiciones de seguridad y protección civil en las unidades  
médicas subrogadas**

Delegación ó UMAE:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------|
| <b>4. Iluminación de emergencia.</b>                                                                                                                                                                                                                                                        |                      | <b>VALOR</b> |
| <i>Iluminación de emergencia, ubicada en rutas de evacuación, áreas de tránsito y donde la interrupción de la fuente de luz artificial representa un riesgo; debe estar en funcionamiento automático, enciende una o más lámparas cuando el flujo de corriente eléctrica se interrumpe.</i> |                      | 3            |
| <i>Cumple con todo lo solicitado, excepto que no entra en funcionamiento automático.</i>                                                                                                                                                                                                    |                      | 1            |
| <i>No cuenta con iluminación de emergencia.</i>                                                                                                                                                                                                                                             |                      | 0            |
| <b>Fecha</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Observaciones</b> |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |              |
| <b>5. Película de protección de cristales.</b>                                                                                                                                                                                                                                              |                      | <b>VALOR</b> |
| <i>El Programa Interno de Protección Civil, de acuerdo a los riesgos detectados, establece la necesidad de aplicar a los cristales de ventanas y puertas una película de protección que los hace inastillables y el establecimiento ya cuenta con ella, o no se requiere.</i>               |                      | 5            |
| <i>El Programa Interno de Protección Civil establece la necesidad de aplicar película de protección a los cristales, pero no se ha aplicado.</i>                                                                                                                                            |                      | 0            |
| <b>Fecha</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Observaciones</b> |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |              |
| <b>6. Capacitación.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      | <b>VALOR</b> |
| <i>Constancia de capacitación del personal en el uso de extintores y procedimientos de evacuación, así como de capacitación de los integrantes de la unidad interna de protección civil.</i>                                                                                                |                      | 5            |
| <i>Sólo parte del personal cuenta con constancia de capacitación en el uso de extintores o procedimientos de evacuación.</i>                                                                                                                                                                |                      | 3            |
| <i>No se tiene constancia de la capacitación.</i>                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 0            |
| <b>Fecha</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Observaciones</b> |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |              |
| <b>7. Salida de emergencia. *</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |                      | <b>VALOR</b> |
| <i>Se cuenta con salida de emergencia y la apertura de las puertas es hacia el sentido de la misma, cuenta con un mecanismo de apertura desde adentro y no tiene seguros puestos durante horas laborales y está debidamente identificada.</i>                                               |                      | 5            |
| <i>No cumple alguna de las características solicitadas.</i>                                                                                                                                                                                                                                 |                      | 0            |
| <b>Fecha</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Observaciones</b> |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |              |
| <b>8. Programa Interno de Protección Civil. *</b>                                                                                                                                                                                                                                           |                      | <b>VALOR</b> |
| <i>Programa Interno de Protección Civil y Brigadas, aprobado por la autoridad en Protección Civil.</i>                                                                                                                                                                                      |                      | 5            |
| <i>Se tiene el Programa Interno de Protección Civil en proceso de aprobación por la autoridad en Protección Civil.</i>                                                                                                                                                                      |                      | 3            |
| <i>No se cuenta con el Programa Interno de Protección Civil.</i>                                                                                                                                                                                                                            |                      | 0            |
| <b>Fecha</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Observaciones</b> |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |              |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

LICITACION PUBLICA NACIONAL  
ELECTRONICA

LA-050GYR031-E409-2022

SERVICIO MEDICO SUBROGADO  
DE GAMMAGRAFIA

NUMERO INTERNO DE CONTRATO  
031-E409-2022-001

CONTRATO S3M0007

Delegación ó UMAE:

| 9. Simulacro de Evacuación. *                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | VALOR |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|
| Acredita la realización de simulacro, en el número establecido por la autoridad local en materia de protección civil y por lo menos uno, con hipótesis de incendio por lo menos una vez al año y la evacuación del inmueble se efectúa en el tiempo estipulado por la autoridad en la materia.                                                                                                                                                                                                                                 |               | 5     |
| Acredita la realización de simulacro, en el número establecido por la autoridad local en materia de protección civil y por lo menos uno, con hipótesis de incendio por lo menos una vez al año y la evacuación del inmueble se efectúa en mayor tiempo al estipulado por la autoridad en la materia.                                                                                                                                                                                                                           |               | 3     |
| No acredita el simulacro.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               | 0     |
| Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Observaciones |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |       |
| 10. Licencias y Dictámenes. *                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | VALOR |
| Cuenta con visto bueno de la autoridad de Protección Civil, con bitácoras de mantenimiento de instalaciones eléctricas y del gas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               | 5     |
| Cuenta con los documentos señalados, salvo el mantenimiento de instalaciones eléctricas y gas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | 3     |
| Faltan los documentos señalados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               | 0     |
| Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Observaciones |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |       |
| 11. Señalización.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               | VALOR |
| Las rutas de evacuación, pasillos de rutas de evacuación y puntos de reunión cuentan con señalización que indican la dirección de la ruta que conduce hacia una zona de seguridad previamente establecida e identificada o punto de reunión.                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | 3     |
| No cuenta con señalización de rutas de evacuación, pasillos de rutas de evacuación y puntos de reunión.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               | 0     |
| Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Observaciones |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |       |
| 12. Rutas de Evacuación y Puntos de Reunión.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | VALOR |
| Pasillos, corredores, rampas y escaleras que sean parte del área de salida (ruta de evacuación) deben estar libres de obstáculos y permitir la circulación de dos personas adultas simultáneamente, y la distancia del recorrido de cualquier punto a la salida no deberá ser mayor a 40 metros.                                                                                                                                                                                                                               |               | 3     |
| La distancia del recorrido de cualquier punto a la salida es mayor a 40 metros.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               | 0     |
| Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Observaciones |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |       |
| 13. Escaleras.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | VALOR |
| El inmueble es de una sola planta o en caso de ser de dos plantas, las escaleras tienen un ancho mínimo 0.90 m, con pasamanos fijos a una altura de 0.90 m y baranda colocada a una distancia intermedia entre el barandal y la paralela formada con la altura media del peralte de los escalones; los elementos verticales de los barandales (balaustres) se encuentran colocados en cada escalón, en caso de que no se cuente con baranda ó cada 4 escalones en caso de contar con ella, y presenta material antiderrapante. |               | 3     |
| No cumple con alguno de los requerimientos anteriores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               | 0     |
| Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Observaciones |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |       |



|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA<br/>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</p> | <p>LICITACION PUBLICA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</p> <p>LA-050GYR031-E409-2022</p> <p>SERVICIO MEDICO SUBROGADO<br/>DE GAMMAGRAFIA</p> <p>NUMERO INTERNO DE CONTRATO<br/>031-E409-2022-001</p> <p>CONTRATO S3M0007</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Cédula de verificación de las condiciones de seguridad y protección civil en las unidades  
médicas subrogadas**

Delegación ó UMAE:

| 14. Puertas internas.                                                                                                                     | VALOR         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <i>Las puertas internas tienen como mínimo de 0.90 mts. de ancho y su abatimiento no obstaculiza el sentido de la ruta de evacuación.</i> | 3             |
| <i>Su abatimiento obstaculiza el sentido de la ruta de evacuación.</i>                                                                    | 1             |
| <i>Las puertas no tienen la medida señalada.</i>                                                                                          | 0             |
| Fecha                                                                                                                                     | Observaciones |
|                                                                                                                                           |               |

**REFERENCIA PARA CONTRATACIÓN**

*Un puntaje "0" en cualquiera de los parámetros señalados con un asterisco (\*) que a continuación se enlistan, imposibilitan la contratación del servicio subrogado.*

Puntaje Obtenido

0

Sistema de Alarma  
Detectores de Humo  
Extintores  
Salida de Emergencia  
Programa de Protección civil  
Simulacros de Evacuación  
Licencias y Dictámenes

| Referencia para contratación |                           |              |
|------------------------------|---------------------------|--------------|
| No se Contrata               | Contratación condicionada | Contratación |
| 0 a 19                       | 20 a 45                   | 46 a 60      |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA<br/>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b></p> | <p align="center"><b>LICITACION PUBLICA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p align="center"><b>LA-050GYR031-E409-2022</b></p> <p align="center"><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO<br/>DE GAMMAGRAFIA</b></p> <p align="center"><b>NUMERO INTERNO DE CONTRATO<br/>031-E409-2022-001</b></p> <p align="center"><b>CONTRATO S3M0007</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## ANEXO 5

### FORMATO PARA FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

(NOMBRE DE LA AFIANZADORA), EN EJERCICIO DE LA AUTORIZACIÓN QUE LE OTORGÓ EL GOBIERNO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, SE CONSTITUYE FIADORA POR LA SUMA DE. (ANOTAR EL IMPORTE QUE PROCEDA DEPENDIENDO DEL PORCENTAJE AL CONTRATO SIN INCLUIR EL IVA.)----

ANTE. EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, PARA GARANTIZAR POR (nombre o denominación social de la empresa). CON DOMICILIO EN (domicilio de la empresa), EL FIEL Y EXACTO CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO, DERIVADAS DEL CONTRATO DE (especificar qué tipo de contrato, si es de adquisición, prestación de servicio, etc.) NÚMERO (número de contrato) DE FECHA (fecha de suscripción), QUE SE ADJUDICÓ A DICHA EMPRESA CON MOTIVO DEL (especificar el procedimiento de contratación que se llevó a cabo, licitación pública, invitación a cuando menos tres personas, adjudicación directa, y en su caso, el número de ésta), RELATIVO A (objeto del contrato); LA PRESENTE FIANZA, TENDRÁ UNA VIGENCIA DE (se deberá insertar el lapso de vigencia que se haya establecido en el contrato), CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO, ASÍ COMO DURANTE LA SUBSTANCIACIÓN DE TODOS LOS RECURSOS Y MEDIOS DE DEFENSA LEGALES QUE, EN SU CASO, SEAN INTERPUESTOS POR CUALQUIERA DE LAS PARTES Y HASTA QUE SE DICTE LA RESOLUCIÓN DEFINITIVA POR AUTORIDAD COMPETENTE; AFIANZADORA (especificar la institución afianzadora que expide la garantía), EXPRESAMENTE SE OBLIGA A PAGAR AL INSTITUTO LA CANTIDAD GARANTIZADA O LA PARTE PROPORCIONAL DE LA MISMA, POSTERIORMENTE A QUE SE LE HAYAN APLICADO AL (proveedor, prestador de servicio, etc.) LA TOTALIDAD DE LAS PENAS CONVENCIONALES ESTABLECIDAS EN LA CLÁUSULA (número de cláusula del contrato en que se estipulen las Penas Convencionales que en su caso deba pagar el fiado) DEL CONTRATO DE REFERENCIA, MISMAS QUE NO PODRÁN SER SUPERIORES A LA SUMA QUE SE AFIANZA Y/O POR CUALQUIER OTRO INCUMPLIMIENTO EN QUE INCURRA EL FIADO, ASÍ MISMO, LA PRESENTE GARANTÍA SOLO PODRÁ SER CANCELADA A SOLICITUD EXPRESA Y PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL; AFIANZADORA (especificar la institución afianzadora que expide la garantía), EXPRESAMENTE CONSIENTE. A) QUE LA PRESENTE FIANZA SE OTORGA DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO ARRIBA INDICADO; B) QUE EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL (proveedor, prestador de servicio, etc.), A CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO, EL INSTITUTO PODRÁ PRESENTAR RECLAMACIÓN DE LA MISMA DENTRO DEL PERIODO DE VIGENCIA ESTABLECIDO EN EL MISMO, E INCLUSO, DENTRO DEL PLAZO DE DIEZ MESES, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE EN QUE CONCLUYA LA VIGENCIA DEL CONTRATO, O BIEN, A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE EN QUE EL INSTITUTO NOTIFIQUE POR ESCRITO AL (proveedor, prestador de servicio, etc.), LA RESCISIÓN DEL INSTRUMENTO JURÍDICO; C) QUE PAGARÁ AL INSTITUTO LA CANTIDAD GARANTIZADA O LA PARTE PROPORCIONAL DE LA MISMA, POSTERIORMENTE A QUE SE LE HAYAN APLICADO AL (proveedor, prestador de servicio, etc.) LA TOTALIDAD DE LAS PENAS CONVENCIONALES ESTABLECIDAS EN LA CLÁUSULA (número de cláusula del contrato en que se estipulen las Penas Convencionales que en su caso deba pagar el fiado) DEL CONTRATO DE REFERENCIA, MISMAS QUE NO PODRÁN SER SUPERIORES A LA SUMA QUE SE AFIANZA Y/O POR CUALQUIER OTRO INCUMPLIMIENTO EN QUE INCURRA EL FIADO; D) QUE LA FIANZA SOLO PODRÁ SER CANCELADA A SOLICITUD EXPRESA Y PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL; E) QUE DA SU CONSENTIMIENTO AL INSTITUTO EN LO REFERENTE AL ARTÍCULO 179 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE SE AFIANZAN; F) QUE si es prorrogado el plazo establecido para EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, o exista espera, la vigencia de esta fianza quedará AUTOMÁTICAMENTE prorrogada en concordancia con dicha prórroga o espera; G) QUE LA FIANZA CONTINUARÁ VIGENTE DURANTE LA SUBSTANCIACIÓN DE TODOS LOS RECURSOS Y MEDIOS DE DEFENSA LEGALES QUE, EN SU CASO, SEAN INTERPUESTOS POR CUALQUIERA DE LAS PARTES, HASTA QUE SE DICTE LA RESOLUCIÓN DEFINITIVA POR AUTORIDAD COMPETENTE, AFIANZADORA (especificar la institución afianzadora que expide la garantía), ADMITE EXPRESAMENTE SOMETERSE INDISTINTAMENTE, Y A ELECCIÓN DEL BENEFICIARIO, A CUALESQUIERA DE LOS PROCEDIMIENTOS LEGALES ESTABLECIDOS EN LOS ARTÍCULOS 279 Y/O 280 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, EN SU CASO, A TRAVÉS DEL PROCEDIMIENTO QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO 63 DE LA LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS VIGENTE. FIN DE TEXTO.



|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|  | <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br><b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b><br><b>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA</b><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b><br><b>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> | <b>LICITACION PUBLICA NACIONAL ELECTRONICA</b>      |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                          | <b>LA-050GYR031-E409-2022</b>                       |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                          | <b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO DE GAMMAGRAFIA</b>     |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                          | <b>NUMERO INTERNO DE CONTRATO 031-E409-2022-001</b> |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                          | <b>CONTRATO S3M0007</b>                             |

ANEXO 6

**LISTA DE COTEJO PARA VERIFICACION DE EMPRESAS SUBROGADAS**

|                                                                                   |                                                                                                                               |                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
|  | <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br><b>DELEGACION ESTATAL EN SONORA</b><br><b>JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS</b> | <b>LISTA DE COTEJO PARA VERIFICACION DE EMPRESAS SUBROGADAS</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

Empresa Subrogada \_\_\_\_\_  
 Unidad Médica IMSS \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                 | Si                       | No                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>1.-CONTRATO</b>                                                                                                              |                          |                          |
| a) Conoce usted el Contrato del Servicio.                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Conoce usted y su personal los alcances y compromisos contrados en el contrato                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>2.- EQUIPAMIENTO.</b>                                                                                                        |                          |                          |
| a) La cantidad de equipos presentados por el proveedor para el funcionamiento del servicio es de acuerdo al contrato.           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Sus instalaciones están listas para iniciar con la prestación de acuerdo a los tiempos establecidos en el contrato.          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Sabe usted si el equipo actual cumple con las especificaciones Técnicas establecidas en el contrato.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Observaciones _____                                                                                                             |                          |                          |
| <b>3.- ADECUACIÓN AMBIENTAL.</b>                                                                                                |                          |                          |
| a) Cuenta con adecuación ambiental del área (unidades de energía ininterrumpida, aire acondicionado, línea eléctrica adecuada). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) El acondicionamiento ambiental es suficiente.                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) La instalación hidráulica es adecuada para el equipo que la requiere.                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Observaciones _____                                                                                                             |                          |                          |
| <b>4.- REACTIVOS Y CONSUMIBLES.</b>                                                                                             |                          |                          |
| a) Se cuenta con todos los reactivos, consumibles, calibradores, controles y accesorios                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) La cantidad de reactivos y consumibles son suficientes para cubrir la demanda de los pacientes IMSS                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Estos consumibles cuentan con control de caducidades                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comentarios _____                                                                                                               |                          |                          |
| <b>5.- CAPACITACIÓN.</b>                                                                                                        |                          |                          |
| a) El personal que interviene directamente en el servicio subrogado está debidamente capacitado.                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) El personal conoce la misión y visión de la empresa.                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) La empresa cuenta con capacitación en Calidad y Trato al Público                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comentarios _____                                                                                                               |                          |                          |

Verifico  
 Nombre y Firma del Funcionario del IMSS.

Atendió.....  
 Nombre y Firma del Personal de la Empresa Subrogada

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|  | <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br><b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b><br><b>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA</b><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b><br><b>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> | <b>LICITACION PUBLICA NACIONAL ELECTRONICA</b>      |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                          | <b>LA-050GYR031-E409-2022</b>                       |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                          | <b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO DE GAMMAGRAFIA</b>     |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                          | <b>NUMERO INTERNO DE CONTRATO 031-E409-2022-001</b> |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                          | <b>CONTRATO S3M0007</b>                             |

|                                                                                                               |                                                                                                                               |                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
|                              | <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br><b>DELEGACION ESTATAL EN SONORA</b><br><b>JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS</b> | <b>LISTA DE COTEJO PARA VERIFICACION DE EMPRESAS SUBROGADAS</b> |
| <b>6.- CONTROL DE CALIDAD INTERNO</b>                                                                         |                                                                                                                               |                                                                 |
| a) Se lleva a cabo un control de calidad interno.                                                             |                                                                                                                               |                                                                 |
| b) Gráficas de control de calidad o herramienta de control.                                                   |                                                                                                                               |                                                                 |
| c) Impresos de Gráficas de meses anteriores.                                                                  |                                                                                                                               |                                                                 |
| <b>7.- CONTROL DE CALIDAD EXTERNO.</b>                                                                        |                                                                                                                               |                                                                 |
| a) Existe un programa de control de calidad externo.                                                          |                                                                                                                               |                                                                 |
| b) Constancia de inscripción a un programa de control de calidad externo.                                     |                                                                                                                               |                                                                 |
| Observaciones.....                                                                                            |                                                                                                                               |                                                                 |
| <b>8.- ASISTENCIA TÉCNICA.</b>                                                                                |                                                                                                                               |                                                                 |
| a) Se tiene algun contrato de mantenimiento preventivo y correctivo?                                          |                                                                                                                               |                                                                 |
| b) Se cuenta con la información necesaria para localizar al proveedor en cualquier momento que se requiera.   |                                                                                                                               |                                                                 |
| c) La asistencia técnica del proveedor es inmediata y efectiva.                                               |                                                                                                                               |                                                                 |
| Observaciones.....                                                                                            |                                                                                                                               |                                                                 |
| <b>9.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO</b>                                                                           |                                                                                                                               |                                                                 |
| a) Se cuenta con un calendario de mantenimiento preventivo                                                    |                                                                                                                               |                                                                 |
| b) Se lleva a cabo conforme las fechas establecidas.                                                          |                                                                                                                               |                                                                 |
| c) Se tiene control del mantenimiento en la bitácora por equipo.                                              |                                                                                                                               |                                                                 |
| <b>10.- MANTENIMIENTO CORRECTIVO.</b>                                                                         |                                                                                                                               |                                                                 |
| d) Mientras se lleva a cabo el mantenimiento correctivo, el proveedor proporciona apoyo con servicio externo. |                                                                                                                               |                                                                 |
| Quien lo elabora.....                                                                                         |                                                                                                                               |                                                                 |
| <b>11.- SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD TOTAL</b>                                                               |                                                                                                                               |                                                                 |
| a) Constancia de inscripción a un programa de certificación de gestión de calidad                             |                                                                                                                               |                                                                 |
| b) cuentan con certificación ISO                                                                              |                                                                                                                               |                                                                 |
| c) se ha establecido alguna estrategia para solicitarlo                                                       |                                                                                                                               |                                                                 |
| Observaciones.....                                                                                            |                                                                                                                               |                                                                 |
| <b>12.- REVISIÓN DE ANEXOS</b>                                                                                |                                                                                                                               |                                                                 |
| a) Conoce y registra los anexos establecidos en su contrato                                                   |                                                                                                                               |                                                                 |
| Observaciones.....                                                                                            |                                                                                                                               |                                                                 |

Verificó  
Nombre y Firma del Funcionario del IMSS.

Atendió.....  
Nombre y Firma del Personal de la Empresa Subrogada



|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA<br/>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</p> | <p>LICITACION PUBLICA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</p> <p>LA-050GYR031-E409-2022</p> <p>SERVICIO MEDICO SUBROGADO<br/>DE GAMMAGRAFIA</p> <p>NUMERO INTERNO DE CONTRATO<br/>031-E409-2022-001</p> <p>CONTRATO S3M0007</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ANEXO 7

## ADMINISTRADORES DEL CONTRATO

|                                                                                   |                                      |                                                                                   |                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>GOBIERNO DE<br/>MÉXICO</b></p> |  | <p>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA<br/>JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS<br/>Coordinación Auxiliar Operativa Administrativa</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Of N° 279001200100/0917/2022 Ciudad Obregón, Sonora, a 24 de agosto del 2022

**Doctor**  
**Filiberto Isaac Gomez Mendoza**  
Director HCZ 14  
Hermosillo, Sonora

Con fundamento y sustento del Numeral 5.3.15 inciso b de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, le informo que quedara bajo su responsabilidad la administración y vigilancia de cada uno de los contratos generados para la prestación de los Servicios Médicos en la unidad que usted actualmente dirige, así como el recurso asignado a cada uno de ellos y la vigilancia de los incumplimientos por parte de la proveeduría, los cuales deberán ser informados a esta Jefatura de Prestaciones Médicas.

El numeral antes mencionado establece y dice lo siguiente:

**Numerales 5.3.15 inciso B) que a letra dice:**

**5.3.15**  
"Los responsables de verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, como son la prestación de los servicios o la entrega de los bienes o supervisar el cálculo de deducciones y penas convencionales entre otros, será el servidor público designado como el Administrador del Contrato, el cual tendrá como nivel jerárquico:"

b) "En Delegaciones:  
Los Jefes de Servicios o quienes designen éstos con nivel inmediato inferior a ellos."

Los cuales se relacionan a continuación:

1. FORMULAS MAGISTRALES DERMA Y NO DERMA
2. DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA
3. DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBUATORIA
4. ADQUISICION DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS Y ENDOPROTESIS
5. SERVICIO INTEGRAL DE LABORATORIO
6. SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS INTERNA
7. CIRUGIA MINIMA INVASION
8. SERVICIO MEDICO INTEGRAL PARA CENTRO DE EXCELENCIA OFTALMOLOGICA (CEO)
9. BANCO DE SANGRE
10. VIVERES

Calle Ferrera 229 INT, Col. Centro, Ciudad Obregón, Sonora. C. P. 85000. Tel. (545) 413 91 95, 814, 1071  
 www.imss.gob.mx



|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA<br/>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</p> | <p>LICITACION PUBLICA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</p> <p>LA-050GYR031-E409-2022</p> <p>SERVICIO MEDICO SUBROGADO<br/>DE GAMMAGRAFIA</p> <p>NUMERO INTERNO DE CONTRATO<br/>031-E409-2022-001</p> <p>CONTRATO S3M0007</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Coordinación Auxiliar Operativa Administrativa

11. ADQUISICION Y SUMINISTRO DE LECHE EN POLVO Y LIQUIDA PARA HOSPITALES
12. SERVICIO SUBROGADO – TRATAMIENTO DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAOS)
13. AUTOBUS
14. TRASLADO AEREO PARA PACIENTES
15. SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES
16. ANATOMIA PATOLOGICA
17. AUDIOLOGIA
18. DENSITOMETRIA OSEA
19. DOSIMETRIA Y CALIBRACION
20. ENDOSCOPIA
21. GAMMAGRAFIA
22. PARACLINICOS ESPECIALES
23. PROCEDIMIENTOS MEDICOS URGENTES
24. RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR
25. TERAPIA FISICA
26. URODINAMIA
27. FUNERARIOS
28. VENTILACION MECANICA

Firma de aceptación del cargo  
del Servidor Público

C. Filiberto Isaac Gomez Mendoza  
Director

De antemano agradezco la atención y seguimiento de las indicaciones establecidas en el presente oficio y le invito a llevar la administración adecuada de cada uno de los contratos asignados a la unidad médica que usted actualmente dignamente dirige.

Atentamente,

**Dr. Jorge Humberto Urbina Ochoa**  
Titular de la Jefatura de los Servicios de Prestaciones Médicas

Elabora  
Lic. Javier Aleman Morales, Coordinador Auxiliar Operativo Administrativo.

5 de Febrero 229 HTL, Col. Centro, Ciudad Otegui, Sonora. C.P. 86000. Tel. (644) 413 91 30, 3111

www.imss.gub.mx





|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA<br/>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</p> | <p>LICITACION PUBLICA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</p> <p>LA-050GYR031-E409-2022</p> <p>SERVICIO MEDICO SUBROGADO<br/>DE GAMMAGRAFIA</p> <p>NUMERO INTERNO DE CONTRATO<br/>031-E409-2022-001</p> <p>CONTRATO S3M0007</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



GOBIERNO DE  
MÉXICO



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Coordinación Auxiliar Operativa Administrativa

Of N° 279001200100/0908/2022

Ciudad Obregón, Sonora, a 24 de agosto del 2022

**Doctor**  
**Jesus Emmanuel Fernandez Bravo**  
Director HGZ 2  
Hermosillo, Sonora

Con fundamento y sustento en los Numerales 5.3.17 inciso b y 5.3.18 del segundo y 3er párrafo de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, le informo que quedara bajo su responsabilidad la administración y vigilancia de cada uno de los contratos generados para la prestación de los Servicios Médicos en la unidad que usted actualmente dirige, así como el recurso asignado a cada uno de ellos y la vigilancia de los incumplimientos por parte de la proveeduría, los cuales deberán ser informados a esta Jefatura de Prestaciones Médicas.

En los numerales antes mencionados establece y dice lo siguiente:

**Numerales 5.3.17 inciso B) que a letra dice:**

**5.3.17**

"Los responsables de verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, como son la prestación de los servicios o la entrega de los bienes o supervisar el cálculo de deducciones y penas convencionales entre otros, será el servidor público designado como el Administrador del Contrato, el cual tendrá como nivel jerárquico:"

b) "En Delegaciones:

Los Jefes de Servicios o quienes designen éstos con nivel inmediato inferior a ellos."

Los cuales se relacionan a continuación:

1. ALERGENOS
2. FORMULAS MAGISTRALES DERMA Y NO DERMA
3. DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA
4. DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBUATORIA
5. ADQUISICION DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS Y ENDOPROTESIS
6. SERVICIO INTEGRAL DE LABORATORIO
7. SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS INTERNA
8. CIRUGIA MINIMA INVASION
9. CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA Y TORACICA
10. BANCO DE SANGRE

5 de Febrero 220 NTE, Col. Centro Ciudad Obregón, Sonora S. R. 85600. Tel. 6549 633 91 50, Ext. 3078

www.imss.gob.mx





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

LICITACION PUBLICA NACIONAL  
ELECTRONICA

LA-050GYR031-E409-2022

SERVICIO MEDICO SUBROGADO  
DE GAMMAGRAFIA

NUMERO INTERNO DE CONTRATO  
031-E409-2022-001

CONTRATO S3M0007



GOBIERNO DE  
MÉXICO



ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Coordinación Auxiliar Operativa Administrativa

11. VIVERES
12. ADQUISICION Y SUMINISTRO DE LECHE EN POLVO Y LIQUIDA PARA HOSPITALES
13. SERVICIO SUBROGADO – TRATAMIENTO DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAOS)
14. AUTOBUS
15. TRASLADO AEREO PARA PACIENTES
16. ANATOMIA PATOLOGICA
17. AUDIOLOGIA
18. AUXILIARES DE DIAGNOSTICO DE CARDIO
19. DENSITOMETRIA OSEA
20. DOSIMETRIA Y CALIBRACION
21. ECOCARDIOGRAMA PEDIATRICO Y ADULTO
22. ENDOSCOPIA
23. GAMMAGRAFIA
24. LITOTRIPSIA
25. OFTALMO
26. ORTOPANTOMOGRAMIA
27. PARACLINICOS ESPECIALES
28. PROCEDIMIENTOS MEDICOS URGENTES
29. RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR
30. ELECTROENCEFALOGRAMA
31. TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA
32. ULTRASONIDOS
33. URODINAMIA
34. FUNERARIOS
35. VENTILACION MECANICA

Firma de aceptación del cargo  
del Servidor Público

C. Jesus Emmanuel Fernandez Bravo  
Director







INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y  
EQUIPAMIENTO

LICITACION PUBLICA NACIONAL  
ELECTRONICA

LA-050GYR031-E409-2022

SERVICIO MEDICO SUBROGADO  
DE GAMMAGRAFIA

NUMERO INTERNO DE CONTRATO  
031-E409-2022-001

CONTRATO S3M0007



GOBIERNO DE  
MÉXICO



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Coordinación Auxiliar Operativa Administrativa

De antemano agradezco la atención y seguimiento de las indicaciones establecidas en el presente oficio y le invito a llevar la administración adecuada de cada uno de los contratos asignados a la unidad médica que usted actualmente dignamente dirige.

Atentamente,

Dr. Jorge Humberto Urbina Ochoa  
Titular de la Jefatura de los Servicios de Prestaciones Médicas

Elabora

Lic. Javier Aleman Morales, Coordinador Auxiliar Operativo Administrativo.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA<br/>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</p> | <p>LICITACION PUBLICA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</p> <p>LA-050GYR031-E409-2022</p> <p>SERVICIO MEDICO SUBROGADO<br/>DE GAMMAGRAFIA</p> <p>NUMERO INTERNO DE CONTRATO<br/>031-E409-2022-001</p> <p>CONTRATO S3M0007</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



GOBIERNO DE  
MÉXICO



ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Coordinación Auxiliar Operativa Administrativa

Of N° 279001200100/0906/2022

Ciudad Obregón, Sonora, a 24 de agosto del 2022

**Doctora**  
**Geisela Mineh Quintero Leon**  
Directora HCP  
Hermosillo, Sonora

Con fundamento y sustento del Numeral 5.3.15 inciso b de las **Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social**, le informo que quedara bajo su responsabilidad la administración y vigilancia de cada uno de los contratos generados para la prestación de los Servicios Médicos en la unidad que usted actualmente dirige, así como el recurso asignado a cada uno de ellos y la vigilancia de los incumplimientos por parte de la proveeduría, los cuales deberán ser informados a esta Jefatura de Prestaciones Médicas.

El numeral antes mencionado establece y dice lo siguiente:

**Numerales 5.3.15 inciso B) que a letra dice:**

**5.3.15**

"Los responsables de verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, como son la prestación de los servicios o la entrega de los bienes o supervisar el cálculo de deducciones y penas convencionales entre otros, será el servidor público designado como el Administrador del Contrato, el cual tendrá como nivel jerárquico:"

b) "En Delegaciones:  
Los Jefes de Servicios o quienes designen éstos con nivel inmediato inferior a ellos."

Los cuales se relacionan a continuación:

1. ALERGENOS
2. FORMULAS MAGISTRALES DERMA Y NO DERMA
3. DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBUATORIA
4. ADQUISICION DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS Y ENDOPROTESIS
5. SERVICIO INTEGRAL DE LABORATORIO
6. BANCO DE SANGRE
7. VIVERES
8. ADQUISICION Y SUMINISTRO DE LECHE EN POLVO Y LIQUIDA PARA HOSPITALES
9. SERVICIO SUBROGADO – TRATAMIENTO DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAOS)
10. TRASLADO AEREO PARA PACIENTES

5 de febrero 220 NTE, C.O. Camaró, Ciudad Obregón, Sonora C. P. 85000. Tel. (545) 473 34 35. Fax. 3701

www.imss.gob.mx





|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA<br/>JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</p> | <p>LICITACION PUBLICA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</p> <p>LA-050GYR031-E409-2022</p> <p>SERVICIO MEDICO SUBROGADO<br/>DE GAMMAGRAFIA</p> <p>NUMERO INTERNO DE CONTRATO<br/>031-E409-2022-001</p> <p>CONTRATO S3M0007</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL SONORA  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Coordinación Auxiliar Operativa Administrativa

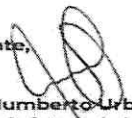
11. ANATOMIA PATOLOGICA
12. AUDIOLOGIA
13. DENSITOMETRIA OSEA
14. DOSIMETRIA Y CALIBRACION
15. ECOCARDIOGRAMA PEDIATRICO Y ADULTO
16. GAMMAGRAFIA
17. LITOTRIPSIA
18. OFTALMO
19. PARACLINICOS ESPECIALES
20. PROCEDIMIENTOS MEDICOS DENTALES
21. PROCEDIMIENTOS MEDICOS URGENTES
22. RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR
23. TERAPIA FISICA
24. ELECTROENCEFALOGRAMA
25. ULTRASONIDOS
26. URODINAMIA
27. FUNERARIOS
28. VENTILACION MECANICA

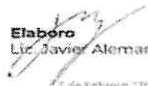
Firma de aceptación del cargo  
del Servidor Público

C. Geisela Mineh Quintero Leon  
Directora

De antemano agradezco la atención y seguimiento de las indicaciones establecidas en el presente oficio y le invito a llevar la administración adecuada de cada uno de los contratos asignados a la unidad médica que usted actualmente dignamente dirige.

Atentamente,

  
**Dr. Jorge Humberto Urbina Ochoa**  
Titular de la Jefatura de los Servicios de Prestaciones Médicas

  
**Elaboro**  
Liz Javier Aleman Morales, Coordinador Auxiliar Operativo Administrativo.

2 de febrero 2022 MTZ, Col. Centro Ciudad Obregon, Sonora C. P. 86400. Tel. (644) 437 91 00, Ext. 3303

www.imss.gob.mx



