



TEL.:36683000EXT.31855

FECHA: 18/03/2026

**OBJETO DE LA SOLICITUD:**  
**SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD SANGUÍNEA AUTOMATIZADAS.**

**ASUNTO: SOLICITUD DE COTIZACIÓN**

A LA PROVEEDURÍA EN GENERAL:

LA UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA DEL CMNO COMO ENTIDAD DEL GOBIERNO FEDERAL, REQUIERE PARA SUS ACTIVIDADES DE SUMINISTRO, ARRENDAMIENTO Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS, MISMAS QUE SE ENCUENTRAN REGULADAS POR LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO (LAASSP) Y SU REGLAMENTO, CON LA FINALIDAD DE OBTENER INFORMACIÓN PARA CONTRATAR BAJO LAS MEJORES CONDICIONES DISPONIBLES PARA EL ESTADO.

EN ESTE SENTIDO Y EN TÉRMINOS DE LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 5 FRACCIÓN VII DE LA LAASSP, SU REPRESENTADA HA SIDO IDENTIFICADA POR ESTE ENTE PÚBLICO, COMO UN POSIBLE PRESTADOR DE SERVICIO Y/O PROVEEDOR.

POR LO ANTES MENCIONADO Y CON EL OBJETO DE CONOCER: A). - LA EXISTENCIA BIENES, ARRENDAMIENTOS O SERVICIOS A REQUERIR EN LAS CONDICIONES QUE SE INDICAN; B). - POSIBLES PROVEEDORES A NIVEL NACIONAL O INTERNACIONAL; C). - EL PRECIO ESTIMADO DE LO REQUERIDO, Y D).- LA CAPACIDAD DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN.

NOS PERMITIMOS SOLICITAR SU VALIOSO APOYO A EFECTO DE PROPORCIONARNOS LA INFORMACIÓN/COTIZACIÓN DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS Y/O ARRENDAMIENTOS DESCRITOS EN EL DOCUMENTO ANEXO 1 (UNO).

DICHA INFORMACIÓN/COTIZACIÓN SE REQUIERE REMITIRLA MEDIANTE LA PLATAFORMA DE COMPRAS MX Y QUE SEA DIRIGIDA A NOMBRE DEL LA. FRANCISCO JAVIER CABRERA CHÁVEZ, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO DE LA UMAE.

MUCHO AGRADECERÉ QUE EN SU RESPUESTA SE INCLUYA: LUGAR Y FECHA DE INFORMACIÓN/COTIZACIÓN Y VIGENCIA DE LA MISMA, CONSIDERANDO NO MENOS DE 30 DÍAS NATURALES.

LA FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR LA INFORMACIÓN/COTIZACIÓN ES EL: 24 DE MARZO DEL 2026 ANTES DE LAS 14:00 HORAS.

**IMPORTANTE:** SOLO SE CONSIDERARÁN PROPUESTAS RECIBIDAS MEDIANTE LA PLATAFORMA COMPRAS MX ANTES DE LA FECHA Y HORA SEÑALADAS.

**NOTA:** VENCIDO EL PLAZO DE RECEPCIÓN DE COTIZACIONES, LA UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA DEL CMNO CON FUNDAMENTO EN LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 35 DE LA LAASSP, DEFINIRÁ EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA LA CONTRATACIÓN, EL CUAL PUEDE SER: LICITACIÓN PÚBLICA, INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS Y/O ADJUDICACIÓN DIRECTA, MISMO QUE SE INFORMARÁ A LAS PERSONAS QUE PRESENTARON SU INFORMACIÓN/COTIZACIÓN.

ESTE DOCUMENTO NO GENERA OBLIGACIÓN ALGUNA PARA LA DEPENDENCIA O ENTIDAD. EN CASO DE DEFINIRSE SU CONTRATACIÓN POR ADJUDICACIÓN DIRECTA, SOLO SERÁN CONSIDERADAS LAS COTIZACIONES RECIBIDAS MEDIANTE LA PLATAFORMA COMPRAS MX, NOTIFICÁNDOSE DENTRO DEL PLAZO DE SOSTENIMIENTO DE SU CONFIRMACIÓN DE COTIZACIÓN DE MEDIANTE ACTA PUBLICADA EN EL EXPEDIENTE DE LA SDI.

DE CONFORMIDAD CON EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN GIRADO POR LA SECRETARÍA ANTICORRUPCIÓN Y BUEN GOBIERNO, CUALQUIER ASUNTO RELACIONADO CON LA PRESENTE SOLICITUD DE INFORMACIÓN, DEBERÁ DE SOLICITARLO VÍA CORREO ELECTRÓNICO A LA CUENTA DE [FRANCISCO.CABRERACH@IMSS.GOB.MX](mailto:FRANCISCO.CABRERACH@IMSS.GOB.MX) Y [LUIS.GUZMAN@IMSS.GOB.MX](mailto:LUIS.GUZMAN@IMSS.GOB.MX),

EN CASO DE REQUERIR SE LE ATIENDA PERSONALMENTE, DEBERÁ DE SOLICITAR SU CITA AL TELÉFONO (0133) 3668-3000 CON EXT. 31855 O 31783, PARA LO CUAL DEBERÁ DE CONSIDERAR QUE TODA CITA SERÁ NOTIFICADA AL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN EL IMSS PARA SU CONOCIMIENTO Y ÉSTA SERÁ VIDEO GRABADA



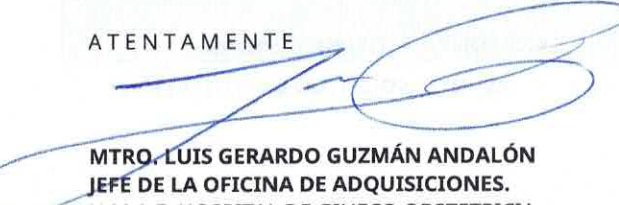
2026  
año de  
Margarita  
Maza





EN ESPERA DE SU AMABLE PARTICIPACIÓN, ME DESPIDO APROVECHANDO LA OCASIÓN PARA ENVIARLE UN CORDIAL SALUDO.

ATENTAMENTE

  
**MTRO. LUIS GERARDO GUZMÁN ANDALÓN**  
**JEFE DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES.**  
U.M.A.E. HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA  
DEL CENTRO MEDICO NACIONAL DE OCCIDENTE  
EN GUADALAJARA JALISCO

SE HACE DEL CONOCIMIENTO EL "MANUAL DE OPERACIÓN DEL REGISTRO DE PROVEEDORES PARA LA INTEGRIDAD ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (REPIIMSS)", PUBLICADOS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN POR ESTA PARAESTATAL EL 2 DE DICIEMBRE DE 2024, EL CUAL SE CREA COMO UN PORTAL INFORMÁTICO PARA EL REGISTRO Y VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS PROVEEDORES RESPECTO DEL MARCO JURÍDICO NORMATIVO, ASÍ COMO PARA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES QUE INTEGRAN LA POLÍTICA DE INTEGRIDAD EN LOS PROVEEDORES. MISMO QUE PODRÁ CONSULTARSE EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:

ES UNA HERRAMIENTA TECNOLÓGICA PARA EL REGISTRO Y VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS PROVEEDORES RESPECTO DE LAS DISPOSICIONES QUE INTEGRAN LA POLÍTICA DE INTEGRIDAD EN LOS PROVEEDORES; SOPORTADO CON INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE LOS MISMOS.

DESDE EL 31 DE MARZO DE 2025, LA PLATAFORMA DEL REPIIMSS SE ENCUENTRA OPERANDO, MISMA QUE PODRÁ CONSULTARSE A TRAVÉS DE LAS SIGUIENTES PÁGINAS:

PROVEEDORES IMSS PAGINA OFICIAL DEL INSTITUTO:

[HTTP://WWW.IMSS.GOB.MX/PROVEEDORES](http://www.imss.gob.mx/proveedores)

REGISTRO:

[HTTPS://REPIIMSS.IMSS.GOB.MX/IMSS/REGISTRO](https://repiimss.imss.gob.mx/imss/registro)

INGRESO:

[HTTPS://REPIIMSS.IMSS.GOB.MX/IMSS/LOGIN](https://repiimss.imss.gob.mx/imss/login)

USUARIOS IMSS INGRESO:

[HTTPS://REPIIMSS.IMSS.GOB.MX/IMSS/LOGIN](https://repiimss.imss.gob.mx/imss/login)

ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE, SEMANALMENTE TODOS LOS MIÉRCOLES A LAS 10 HRS, SE LLEVAN A CABO WEBINARS CON EL PERSONAL QUE OPERA EL REPIIMSS, EN LOS CUALES, TANTO LOS PROVEEDORES COMO LAS ÁREAS COMPRADORAS, PODRÁN RESOLVER SUS DUDAS Y ACLARACIONES.

[HTTPS://US02WEB.ZOOM.US/J/83934984733](https://us02web.zoom.us/j/83934984733)

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN E INCORPORACIÓN AL REPIIMSS.

EL REGISTRO EN EL REPIIMSS ES DE CARÁCTER OBLIGATORIO PARA TODOS AQUELLOS PROVEEDORES QUE RESULTEN ADJUDICADOS EN CUALQUIER PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN DEL IMSS QUE SE REALICE CON FUNDAMENTO EN LA LAASSP.

EL REPIIMSS EMITIRÁ UNA CONSTANCIA QUE AVALE AL PROVEEDOR EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS RUBROS LEGAL Y DE IDENTIDAD, CUMPLIMIENTO FISCAL, ÉTICA E INTEGRIDAD, SITUACIÓN FINANCIERA Y SUSTENTABILIDAD.

LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN INCORPORADA A LA PLATAFORMA INFORMÁTICA REPIIMSS, POR PARTE DE LOS PROVEEDORES, SE VERIFICARÁ Y EL RESULTADO DE ESTA VERIFICACIÓN LO PODRÁN CONSULTAR LAS UNIDADES COMPRADORAS.







PARA FORMULAR SU INFORMACIÓN/COTIZACIÓN, SE DEBERÁ CONSIDERAR LOS SIGUIENTES ASPECTOS Y LOS ADJUNTOS EN EL ANEXO TÉCNICO Y ANEXO 1:

1. **DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL TIPO DE BIEN O SERVICIO REQUERIDO:** ASÍ COMO LOS REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN, LUGAR, PLAZO O PERIODICIDAD PARA LA ENTREGA DE LOS BIENES O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, LA INFORMACIÓN RELATIVA A SI SE OTORGARÁ ANTICIPO Y EL PORCENTAJE DE ÉSTE EN SU CASO, PRESENTACIÓN DE GARANTÍAS DE ANTICIPO, CUMPLIMIENTO Y DE VICIOS OCULTOS, Y OTROS COSTOS QUE SEAN SUSCEPTIBLES DE IMPACTAR EN EL PRECIO FINAL DE LOS BIENES Y SERVICIOS, MISMO QUE SE ESPECIFICAN EN EL **ANEXO 1 (UNO)** DE LA SOLICITUD DE INFORMACIÓN/COTIZACIÓN, INCLUYENDO LOS ANEXOS PUBLICADOS EN COMPRAS MX).
2. **EL PLAZO DE ENTREGA DEL SERVICIO:** LA ENTREGA DE LOS INSUMOS Y CONSUMIBLES, SE ENTREGARÁ EN EL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA CON EL PERSONAL ADSCRITO A DICHO SERVICIO, QUIEN FIRMA DE RECIBIDO, PARA POSTERIORMENTE SER AVALADO POR EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, SE REALIZARÁ A MÁS TARDAR 24 HORAS POSTERIOR A LA FECHA DE SOLICITUD.
3. **LA VIGENCIA DE LA CONTRATACIÓN:** LA VIGENCIA DE LA CONTRATACIÓN SERÁ A PARTIR DEL DÍA 10 DE ABRIL DE 2026 Y HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2026.
4. **CONDICIONES DE ENTREGA:** LUGAR DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECO OSBTETRICIA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE, EN DONDE SE REALIZARÁN LAS ADECUACIONES DEL ÁREA FÍSICA, LA ENTREGA E INSTALACIÓN DEL EQUIPAMIENTO Y ENTREGA DE BIENES DE CONSUMO DE ACUERDO A LA PARTIDA ADJUDICADA, ASÍ COMO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN, HARDWARE Y PROGRAMAS DE CÓMPUTO ASOCIADOS CONFORME A LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE BANCO DE SANGRE VIGENTE (ETIMSS 5640-023-002), MEDIANTE EL USO DEL ESTÁNDAR HL7, E INTERFACES, ASÍ COMO INSUMOS, HOJAS PARA IMPRESIÓN, TÓNER Y ETIQUETAS PARA TUBOS Y BOLSAS. LAS ADECUACIONES DEL ÁREA FÍSICA DEBERÁN REALIZARSE Y DEBERÁN ESTAR LISTAS A PARTIR DEL 10 DE ABRIL 2026 PARA DAR INICIO CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
5. **LICENCIAS:** ALTA EN HACIENDA O LICENCIA MUNICIPAL O DOCUMENTO EQUIVALENTE EN SU ESTADO DEL GIRO EN EL QUE PARTICIPAN EMITIDA POR CUALQUIER MUNICIPIO O ALCALDÍA. PRESENTAR CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN EN DONDE COMPRUEBE. CONOCIMIENTOS EN EL TRABAJO QUE VA A REALIZAR.  
COPIA DEL REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR LA COFEPRIS DE LA SECRETARÍA DE SALUD PARA LOS REACTIVOS REQUERIDOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.  
COPIA DEL AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE LA AUTORIZACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO VIGENTE DEL PARTICIPANTE.
6. **VISITAS A LAS INSTALACIONES:** NO APLICA
7. **VISITAS A LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR:** NO APLICA
8. EL (LOS) COTIZANTES DEBERÁ(N) PRESENTAR COMO PARTE DE SU PROPUESTA TÉCNICA PARA LA PARTIDA, LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN COMO PARTE DE SU PROPOSICIÓN TÉCNICA (CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 35 Y 36 DE LA LAASSP, PLATAFORMA DIGITAL DE CONTRATACIONES PÚBLICAS), EL NO PRESENTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN, AFECTARÁ LA SOLVENCIA DE LA PROPOSICIÓN Y MOTIVARÁ SU DESECHAMIENTO:  
PROPUESTA DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICO DEL SERVICIO OFERTADO QUE CUMPLAN EstrictAMENTE CON LO SEÑALADO EN EL PRESENTE DOCUMENTO, EL ANEXO TÉCNICO Y LOS ANEXOS.  
CARTA COMPROMISO DEL PROVEEDOR EN HOJA MEMBRETADA, FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL, EN DONDE MANIFIESTE QUE CUENTA CON LA CAPACIDAD E INFRAESTRUCTURA NECESARIA PARA REALIZAR LOS MANTENIMIENTOS, ASÍ COMO LA ACEPTACIÓN Y CUMPLIMIENTO CON LO ESPECIFICADO Y SOLICITADO EN EL ANEXO TÉCNICO, TÉRMINOS Y CONDICIONES Y SUS ANEXOS.  
UN ESCRITO, EN EL QUE MANIFIESTEN QUE LOS SERVICIOS OFERTADOS EN CASO DE SER ASIGNADOS CORRESPONDERÁN A LA DESCRIPCIÓN CONTENIDA EN EL ANEXO TÉCNICO.
9. **NIVELES DE SERVICIO, PENAS CONVENCIONALES Y DEDUCTIVAS;** SE ENCUENTRAN SEÑALADAS EN EL ANEXO "NIVELES DE SERVICIO, PENAS CONVENCIONALES Y DEDUCTIVAS".
10. **DEVOLUCIÓN POR DEFECTOS, VICIOS OCULTOS DE LOS BIENES O DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS:** EL PROVEEDOR SE OBLIGA A RESPONDER POR SU CUENTA Y RIESGO LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS QUE, POR INOBSERVANCIA O NEGLIGENCIA DE SU PARTE, LLEGUE A CAUSAR A EL INSTITUTO Y/O A TERCEROS.







11. **GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO:** LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DEBERÁ CONSTITUIRSE POR UN IMPORTE EQUIVALENTE AL 10.0% (DIEZ POR CIENTO) DEL IMPORTE MÁXIMO DEL CONTRATO, EN PESOS MEXICANOS, SIN CONSIDERAR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (IVA).
12. **GARANTÍA DEL SERVICIO.** CARTA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, DE LOS MANTENIMIENTOS QUE OFERTE, ASÍ COMO GARANTÍAS INDIVIDUALES DE LAS REFACCIONES DONDE APLIQUE.
13. **FORMA DE PAGO.** EL PAGO SE REALIZARÁ POR LOS SERVICIOS EFECTIVAMENTE DEVENGADOS, A LOS 17 (DIECISIETE) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA ENTREGA DE LOS CFDI EMITIDOS POR "EL PROVEEDOR", ASÍ MISMO LA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA QUE ACREDITE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS Y SERÁ DE CONFORMIDAD CON LO NORMADO EN EL "PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, GLOSA Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA TRÁMITE DE PAGO Y CONSTITUCIÓN DE FONDOS FIJOS", LA ENTREGA DE DICHA DOCUMENTACIÓN SERÁ EN LA OFICINA DE TRÁMITE DE EROGACIONES DEL DEPARTAMENTO DE FINANZAS, SITA BELISARIO DOMÍNGUEZ NÚMERO 771, COLONIA INDEPENDENCIA, CÓDIGO POSTAL 44340, GUADALAJARA, JALISCO, DE LUNES A VIERNES EN UN HORARIO DE 9:00 A 13:00 HORAS.
14. **MECANISMOS DE COMPROBACIÓN.** EL INSTITUTO REALIZARÁ EL PAGO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE, DE ACUERDO AL ANEXO T9 "REPORTE MENSUAL DE PROCEDIMIENTOS EFECTIVOS REALIZADOS" EN EL MES INMEDIATO ANTERIOR QUE SERÁ COTEJADO, CONCILIADO Y APROBADO MEDIANTE LA FIRMA DEL JEFE O ENCARGADO DEL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN A MÁS TARDAR EL ÚLTIMO DÍA HÁBIL DEL MES Y TAMBIÉN ESTAR FIRMADO POR DIRECTOR MÉDICO DE LA UNIDAD MÉDICA, ASÍ COMO POR EL REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR. ORIGINAL Y COPIA DE LA FACTURA QUE REÚNA LOS REQUISITOS FISCALES RESPECTIVOS, EN LA QUE SE INDIQUE EL SERVICIO PRESTADO, REPORTE MENSUAL DE PROCEDIMIENTOS ELABORADO POR EL PROVEEDOR, DEBIDAMENTE CONCILIADO POR LA UNIDAD MÉDICA, NÚMERO DE PROVEEDOR, NÚMERO DE CONTRATO, NÚMERO DE FIANZA Y DENOMINACIÓN SOCIAL DE LA AFIANZADORA, MISMA QUE DEBERÁ SER ENTREGADA EN EL DEPARTAMENTO DE FINANZAS DE LA UNIDAD MÉDICA.
15. **PATENTES Y/O MARCAS.** EL PROVEEDOR SE OBLIGA CON EL INSTITUTO, A RESPONDER POR LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS QUE LE PUDIERA CAUSAR A ÉSTE O A TERCEROS, SI CON MOTIVO DEL SUMINISTRO DE LOS BIENES VIOLA DERECHOS DE AUTOR, DE PATENTES Y/O MARCAS U OTRO DERECHO RESERVADO A NIVEL NACIONAL O INTERNACIONAL. EN CASO DE QUE SOBREVINIERA ALGUNA RECLAMACIÓN EN CONTRA DEL INSTITUTO POR CUALQUIERA DE LAS CAUSAS ANTES MENCIONADAS, LA ÚNICA OBLIGACIÓN DE ESTE SERÁ LA DE DAR AVISO EN EL DOMICILIO DEL PROVEEDOR, PARA QUE ÉSTE LLEVE A CABO LAS ACCIONES NECESARIAS QUE GARANTICEN LA LIBERACIÓN DEL INSTITUTO DE CUALQUIER CONTROVERSIA O RESPONSABILIDAD DE CARÁCTER CIVIL, MERCANTIL, PENAL O ADMINISTRATIVA QUE, EN SU CASO, SE OCASIONE. CABE RESALTAR QUE MIENTRAS NO SE CUMPLA CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS DE ENTREGA DEL BIEN, EL INSTITUTO NO DARÁ POR RECIBIDO EL BIEN OBJETO DE ESTE PROCEDIMIENTO.
16. **CONFIDENCIALIDAD.** AMBAS PARTES CONVIENEN EN CONSIDERAR COMO PROVEEDOR SE OBLIGA 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. EN CASO DE QUE SOBREVINIERA ALGUNA RECLAMACIÓN EN CONTRA DEL INSTITUTO POR CUALQUIERA DE LAS CAUSAS ANTES MENCIONADAS, LA ÚNICA OBLIGACIÓN DE ESTE SERÁ LA DE DAR AVISO EN EL DOMICILIO DEL PROVEEDOR, PARA QUE ÉSTE LLEVE A CABO LAS ACCIONES NECESARIAS QUE GARANTICEN LA LIBERACIÓN DEL INSTITUTO DE CUALQUIER CONTROVERSIA O RESPONSABILIDAD DE CARÁCTER CIVIL, MERCANTIL, PENAL O ADMINISTRATIVA QUE, EN SU CASO, SE OCASIONE. CABE RESALTAR QUE MIENTRAS NO SE CUMPLA CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS DE ENTREGA DEL BIEN, EL INSTITUTO NO DARÁ POR PRESTADO EL SERVICIO.
17. INFORMACIÓN CONFIDENCIAL A TODA AQUELLA RELACIONADA CON LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL INSTITUTO Y QUE SEA PROPORCIONADA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, ASÍ COMO AQUELLA A LA QUE TENGAN ACCESO LAS PARTES, CON MOTIVO DEL PRESENTE. DE LA MISMA MANERA, CONVIENEN EN QUE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL A QUE SE REFIERE ESTE APARTADO PUEDE ESTAR CONTENIDA EN DOCUMENTOS, FÓRMULAS, CONVERSACIONES TELEFÓNICAS, MENSAJES EN AUDIO, MENSAJES EN GRABADORAS, CINTAS MAGNÉTICAS, PROGRAMAS DE COMPUTADORA, DISQUETES, CORREOS ELECTRÓNICOS, O CUALQUIER OTRO MATERIAL QUE TENGA INFORMACIÓN JURÍDICA, OPERATIVA, TÉCNICA, FINANCIERA O DE ANÁLISIS, PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, OBLIGÁNDOSE AL PROVEEDOR ADICIONALMENTE A LO SIGUIENTE:







UTILIZAR LA INFORMACIÓN A QUE TENGA ACCESO O GENERADA CON MOTIVO DE SU ESTANCIA EN LAS INSTALACIONES DEL INSTITUTO, ÚNICAMENTE PARA CUMPLIMENTAR EL OBJETO DE ESTE CONTRATO.

LIMITAR LA REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN A QUE TENGA ACCESO, ÚNICAMENTE A LAS PERSONAS QUE DENTRO DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN SE ENCUENTREN AUTORIZADAS PARA CONOCERLA, HACIÉNDOSE RESPONSABLE DEL USO QUE DICHAS PERSONAS PUEDAN HACER DE LA MISMA.

NO HACER COPIAS DE LA INFORMACIÓN, SIN LA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL INSTITUTO.

NO REVELAR A NINGÚN TERCERO LA INFORMACIÓN SIN PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL INSTITUTO.

ENTREGAR AL INSTITUTO, UNA VEZ CONCLUIDA LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO, TODO EL MATERIAL Y COPIAS QUE CONTENGA LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE LE HAYA SIDO PROPORCIONADA POR EL INSTITUTO, SEGÚN EL REGISTRO QUE LLEVE DE LA INFORMACIÓN ENTREGADA Y RECIBIDA POR EL PRESTADOR DE SERVICIOS.

18. **ANTICIPO:** NO APLICA ANTICIPO.

19. **AVISO DE PRIVACIDAD.** NO APLICA.

20. **SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL.** NO APLICA.

21. **DICTAMEN DE RESPONSABILIDAD CIVIL.** NO APLICA

22. **CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LAS PROPOSICIONES TÉCNICAS.** EL ÁREA TÉCNICA REALIZARÁ LA REVISIÓN DETALLADA DE LAS OFERTAS TÉCNICAS BAJO LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

- LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES DEBERÁN CUMPLIR CON LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA, YA QUE SE VERIFICARÁ QUE SE INCLUYA LA TOTALIDAD DE INFORMACIÓN, DOCUMENTOS Y REQUISITOS EN LA PROPUESTA TÉCNICA. EN CASO DE QUE NO SE PRESENTEN LOS DOCUMENTOS CONFORME A LO SOLICITADO O NO SEAN LOS REQUERIDOS, LA PROPOSICIÓN SERÁ DESECHADA.
- SE CORROBORARÁ LA LEGIBILIDAD DE LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN TÉCNICA DE LOS PROVEEDORES, REMITIDA MEDIANTE LA PLATAFORMA DIGITAL DE CONTRATACIONES PÚBLICAS, SOLICITADA EN EL PRESENTE PROCEDIMIENTO.
- LOS CRITERIOS QUE SE APLICARÁN PARA EVALUAR LAS PROPOSICIONES SE BASARÁN EN LA INFORMACIÓN DOCUMENTAL PRESENTADA POR LOS PROVEEDORES OBSERVANDO PARA ELLO, LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 47 EN LO RELATIVO AL CRITERIO DE EVALUACIÓN BINARIO Y 47 DE LA LAASSP, ASÍ COMO 99 DE SU REGLAMENTO. EN ESTE SUPUESTO, LA CONVOCANTE EVALUARÁ PARA LA PARTIDA ÚNICA AL MENOS LAS DOS PROPOSICIONES CUYO PRECIO RESULTE SER MÁS BAJO, DE NO RESULTAR ESTAS SOLVENTES, SE EVALUARÁN LAS QUE LE SIGAN EN PRECIO.
- LOS PROVEEDORES DEBERÁN ANEXAR LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA, QUE SERÁ VERIFICADA EN SU INCLUSIÓN Y LEGIBILIDAD, CONFORME A LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 35 Y 36 DE LA LAASSP, Y 99 DE SU REGLAMENTO, CONSIDERANDO LAS MODIFICACIONES DERIVADAS DE LAS JUNTAS DE ACLARACIONES.
- NO SERÁN OBJETO DE EVALUACIÓN LAS CONDICIONES QUE TENGAN COMO PROPÓSITO FACILITAR LA PRESENTACIÓN DE LAS PROPOSICIONES Y AGILIZAR LOS ACTOS DE LA LICITACIÓN, ASÍ COMO CUALQUIER OTRO REQUISITO CUYO INCUMPLIMIENTO, POR SÍ MISMO, NO AFECTE LA SOLVENCIA DE LAS PROPOSICIONES.
- LA EVALUACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA SE REALIZARÁ DE FORMA CONJUNTA CON LAS ÁREAS ADMINISTRATIVAS CORRESPONDIENTES E INVOLUCRADAS EN ESTA UMAE.
- TRATÁNDOSE DE DOCUMENTOS O MANIFIESTOS PRESENTADOS BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, SE VERIFICARÁ QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS.

23. **LOS SERVICIOS OFERTADOS DEBERÁN APEGARSE A LA DESCRIPCIÓN ESTABLECIDA EN ESTE DOCUMENTO Y SUS ANEXOS.**

24. A FIN DE DAR CUMPLIMIENTO AL ARTÍCULO 57 DEL RLAASSP Y ARTÍCULO 3 FRACCIÓN III DE LA LEY PARA EL DESARROLLO DE LA COMPETITIVIDAD DE LA MICRO, PEQUEÑA Y MEDIANA EMPRESA, EL PARTICIPANTE PRESENTARÁ ESCRITO DONDE MANIFIESTEN BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD LA CLASIFICACIÓN QUE GUARDA, SI ES MICRO, PEQUEÑA O MEDIANA, CONFORME AL ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECE LA ESTRATIFICACIÓN DE ESTE TIPO DE EMPRESAS PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 30 DE JUNIO DE 2009. PARA ESTE CASO PODRÁ UTILIZARSE EL FORMATO "ESTRATIFICACIÓN DE MICRO, PEQUEÑA O MEDIANA EMPRESA.

**ANEXO NÚMERO 2 (DOS).**

25. FORMATO DE PROPOSICIÓN ECONÓMICA **ANEXO NÚMERO 3 (TRES).**

26. ESCRITO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, DE NO ENCONTRARSE SANCIONADO COMO EMPRESA. **ANEXO NÚMERO 4 (CUATRO).**

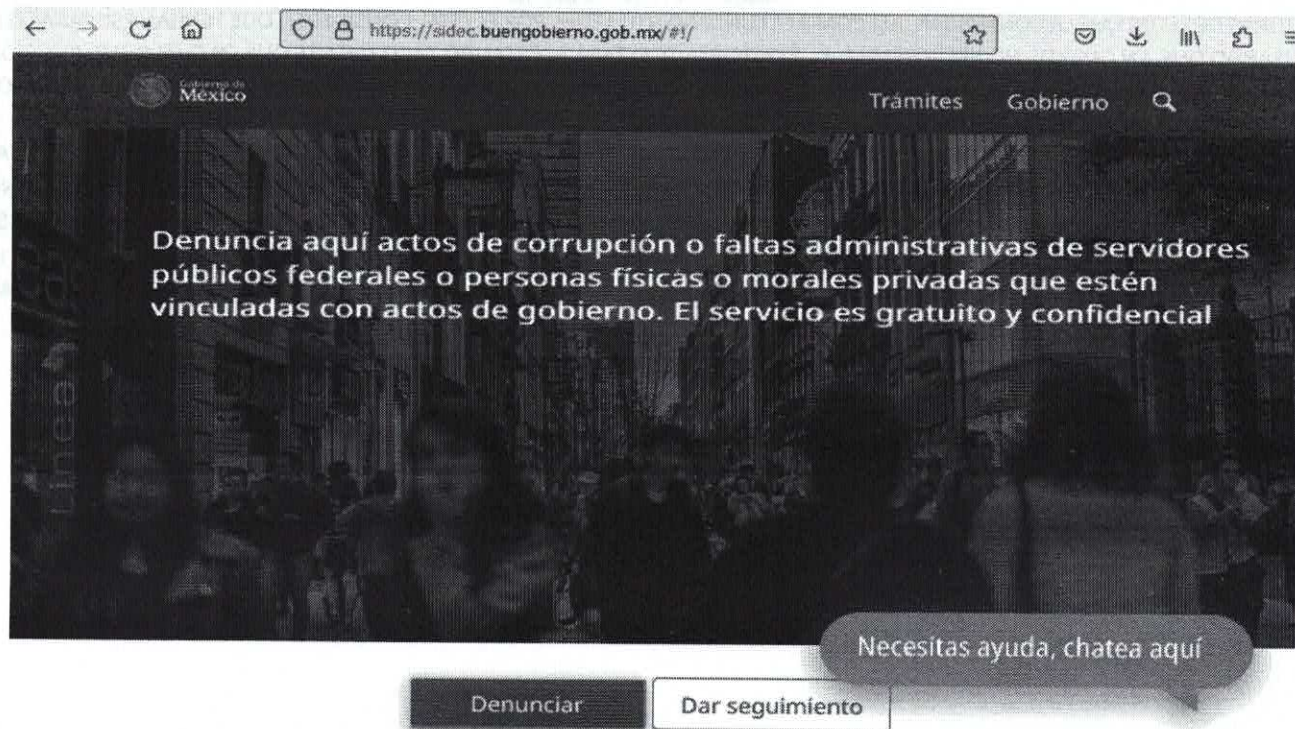




27. ESCRITO EN EL QUE SU FIRMANTE MANIFIESTE, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE CUENTA CON FACULTADES SUFICIENTES PARA COMPROMETERSE POR SÍ O POR SU REPRESENTADA, SIN QUE RESULTE NECESARIO ACREDITAR SU PERSONALIDAD JURÍDICA. **ANEXO NÚMERO 5 (CINCO).**
28. DEBERÁ MANIFESTAR BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, NO ENCONTRARSE EN LOS SUPUESTOS DE LOS ARTÍCULOS 71 Y 90 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO. **ANEXO NÚMERO 6 (SEIS).**
29. HOJA DE ACREDITACIÓN **ANEXO NÚMERO 7 (SIETE).**
30. MANIFESTACIÓN DEL PROVEEDOR: ARTÍCULO 49 FRACCIÓN IX DE LA LEY GENERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS. **ANEXO NÚMERO 8 (OCHO).**
31. ESCRITO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, EN QUE SE ABSTENDRÁ POR SÍ MISMA O A TRAVÉS DE INTERPÓSITA PERSONA, DE ADOPTAR CONDUCTAS PARA QUE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL INSTITUTO INDUZCAN O ALTEREN LAS EVALUACIONES DE LAS PROPOSICIONES, EL RESULTADO DEL PROCEDIMIENTO, U OTROS ASPECTOS QUE LE OTORGUEN CONDICIONES MÁS VENTAJOSAS CON RELACIÓN A LOS DEMÁS PARTICIPANTES, CONFORME AL **ANEXO NÚMERO 9 (NUEVE).**
32. ESCRITO POR EL QUE EL PARTICIPANTE AFIRMA O NIEGA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, LOS VÍNCULOS O RELACIONES DE NEGOCIOS, LABORALES, PROFESIONALES, PERSONALES O DE PARENTESCO POR CONSANGUINIDAD O AFINIDAD HASTA EL CUARTO GRADO CON LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS QUE ESTABLECE EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CONTRATACIONES. **ANEXO NÚMERO 10 (DIEZ).**
33. ESCRITO POR EL QUE EL PARTICIPANTE MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE NO EJECUTA CON OTRO PARTICIPANTE ACCIONES QUE IMPLIQUEN O TENGAN POR OBJETO OBTENER UN BENEFICIO O VENTAJA INDEBIDA EN EL PROCEDIMIENTO. **ANEXO NÚMERO 11 (ONCE).**
34. ESCRITO EN EL QUE FIRMANTE MANIFIESTE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE, EN CASO DE RESULTAR GANADOR, NO PODRÁ SUBCONTRATAR A OTRO PARTICIPANTE QUE HAYA PARTICIPADO EN EL PROCEDIMIENTO. **ANEXO NÚMERO 12 (DOCE).**
35. MANIFIESTO, EN EL QUE EL FIRMANTE EN CASO DE RESULTAR GANADOR CUENTA CON LA CAPACIDAD PARA CUMPLIR CON LOS REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PREVISTOS EN LA PRESENTE SOLICITUD DE COTIZACIÓN **ANEXO NÚMERO 13 (TRECE).**
36. MANIFIESTO, EN EL QUE EL FIRMANTE ESTARÍA DISPUESTO A ENTREGAR EL BIEN O PRESTAR EL SERVICIO, INCLUIDA LA TEMPORALIDAD EN QUE PUEDE REALIZAR LA MISMA, CONTADA A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DE ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO **ANEXO NÚMERO 14 (CATORCE).**
37. MANIFIESTO, EN EL QUE SE SEÑALE QUE LA REPRESENTADA ES DE NACIONALIDAD MEXICANA, **ANEXO NÚMERO 15 (QUINCE).**
38. EL PARTICIPANTE DEBERÁ PRESENTAR: PARA PERSONAS MORALES **ACTA CONSTITUTIVA**, PARA PERSONAS FÍSICAS **ACTA DE NACIMIENTO**
39. **CON EL PROPÓSITO DE FOMENTAR LA CULTURA DE PREVENCIÓN DE ACTOS CONTRARIOS A LA INTEGRIDAD E INTERÉS PÚBLICO, Y CON ELLO CONCRETAR LOS VALORES Y PRINCIPIOS QUE DEBEN OBSERVAR LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN EL DESEMPEÑO DE SU EMPLEO, CARGO, COMISIÓN O FUNCIÓN; EL INSTITUTO HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE CUENTA CON MECANISMOS PARA REPORTAR ACCIONES QUE VULNEREN DICHOS VALORES Y PRINCIPIOS; COMO LO SON:**  
**SISTEMA DE REGISTRO DE PRESUNTOS INCUMPLIMIENTOS, CÓDIGO DE CONDUCTA Y DE PREVENCIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS DEL IMSS "SIREPRIC".**  
**PORTAL DE DENUNCIA CONTRA SERVIDORES PÚBLICOS FEDERALES DE LA SECRETARÍA DE LA SECRETARÍA ANTICORRUPCIÓN Y BUEN GOBIERNO.**  
**CANALES DE DENUNCIA:**







**EN LÍNEA:**

- [SISTEMA INTEGRAL DE DENUNCIAS CIUDADANAS \(SIDECE\)](https://sidece.buengobierno.gob.mx/)
- [HTTPS://SIDECE.BUENGOBIERNO.GOB.MX](https://sidece.buengobierno.gob.mx/)

**VÍA CORRESPONDENCIA:** ENVÍA TU ESCRITO A LA DIRECCIÓN GENERAL DE DENUNCIAS E INVESTIGACIONES DE LA SECRETARÍA ANTICORRUPCIÓN Y BUEN GOBIERNO UBICADA EN AV. INSURGENTES SUR.1735, PISO 2 ALA NORTE, GUADALUPE INN, ÁLVARO OBREGÓN, CÓDIGO POSTAL 01020, CIUDAD DE MÉXICO.

**TAMBIÉN PUEDES SOLICITAR ASESORÍA PARA LA PRESENTACIÓN DE TU DENUNCIA EN:**

**VÍA TELEFÓNICA:** EN EL INTERIOR DE LA REPÚBLICA AL 01 800 11 28 700 Y EN LA CIUDAD DE MÉXICO 55 2000 2000.

**PRESENCIAL:** EN EL MÓDULO 3 DE LA SECRETARÍA ANTICORRUPCIÓN Y BUEN GOBIERNO UBICADO EN AV. INSURGENTES SUR 1735, PB, GUADALUPE INN, ALCALDÍA ÁLVARO OBREGÓN, CÓDIGO POSTAL 01020, CIUDAD DE MÉXICO.

VENCIDO EL PLAZO DE RECEPCIÓN DE COTIZACIONES, LA UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA DEL CMNO CON FUNDAMENTO EN LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 35 DE LA LAASSP, **DEFINIRÁ** EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA LA CONTRATACIÓN, EL CUAL PUEDE SER: LICITACIÓN PÚBLICA, INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS Y/O ADJUDICACIÓN DIRECTA, MISMO QUE SE INFORMARÁ A LAS PERSONAS QUE PRESENTARON SU INFORMACIÓN/COTIZACIÓN, CONSIDERANDO, QUE EN CASO DE DEFINIRSE COMO ADJUDICACIÓN DIRECTA, LAS OFERTAS RECIBIDAS SERÁN CONSIDERADAS PARA SU ASIGNACIÓN, FORMALIZÁNDOSE MEDIANTE CONTRATO.

EN CASO DE LA NO FORMALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS, POR CAUSAS IMPUTABLES AL ADJUDICADO GANADOR CONFIGURA LAS CAUSALES PREVISTAS POR LOS ARTÍCULOS 71 Y 90 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, POR TANTO, SE NOTIFICARÁ DE DICHA INOBSERVANCIA AL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL.

40. **INFORMACIÓN RESERVADA Y CONFIDENCIAL.** SE HACE DEL CONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS FÍSICAS Y MORALES QUE TENGAN INTERÉS EN PARTICIPAR EN EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN CONVOCADO, QUE EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 115 Y 120 DE LA LEY GENERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (PUBLICADA EN EL DOF EL 20 DE MARZO DE 2025) DEBERÁN INDICAR SI EN LOS DOCUMENTOS QUE PROPORCIONEN AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SE CONTIENE INFORMACIÓN DE CARÁCTER CONFIDENCIAL, RESERVADA O COMERCIAL RESERVADA, SEÑALANDO LOS DOCUMENTOS O LAS







SECCIONES DE ESTOS QUE LA CONTENGAN, ASÍ COMO EL FUNDAMENTO LEGAL POR EL CUAL CONSIDEREN QUE TENGAN ESE CARÁCTER. PRECISANDO QUE, EN CASO DE NO PRESENTARLA, EL PARTICIPANTE ESTARÁ ACEPTANDO TÁCITAMENTE QUE EN CUALQUIER PETICIÓN CIUDADANA ESTA CONVOCANTE NO PODRÁ NEGAR LA DIVULGACIÓN DE NINGÚN DOCUMENTO DE SU PROPUESTA QUE AL EFECTO NOS SEA SOLICITADO.

41. "EL PRESUPUESTO DEFINITIVO A EJERCER ESTÁ SUJETO AL PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN PARA EL EJERCICIO FISCAL 2026, POR PARTE DE LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS, POR LO QUE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL QUEDAN SUJETAS PARA FINES DE EJECUCIÓN Y PAGO A LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA CON LA QUE SE CUENTE CONFORME AL PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN QUE PARA EL EJERCICIO FISCAL 2026, APROBADO POR LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS EN TÉRMINOS DE LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 42 DE LA LEY FEDERAL DE PRESUPUESTO Y RESPONSABILIDAD HACENDARIA, SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL".







## ANEXO NÚMERO 1 (UNO)

### TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA CONTRATACIÓN.

PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD SANGUÍNEA AUTOMATIZADAS.

#### INFORMACION ESPECÍFICA.

SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE PARA LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA DEL CMNO, PARA PERIODO COMPRENDIDO DEL 10 DE ABRIL AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL EJERCICIO 2026, ESTÁ CONFORMADA POR 01 PARTIDA LA CUAL SE RELACIONA A CONTINUACIÓN:

| NO. PARTIDA | CLAVE    | GRUPO, ESTUDIO Y CLAVE                                                 | UNIDAD DE MEDIDA | REQUERIMIENTO  |                |
|-------------|----------|------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|----------------|
|             |          |                                                                        |                  | MÍNIMO PRUEBAS | MÁXIMO PRUEBAS |
| 1           | 33900007 | PRUEBAS TRANSFUSIONALES.<br>50.04.002 PRUEBA CRUZADA<br>(AUTOMATIZADA) | PRUEBA EFECTIVA  | 1920           | 4800           |

#### NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL ÁREA CONTRATANTE:

AVENIDA BELISARIO DOMÍNGUEZ 771, COLONIA INDEPENDENCIA, CÓDIGO POSTAL 44340 EN GUADALAJARA, JALISCO.

#### DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA:

PARA LLEVAR A CABO EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN, EL INSTITUTO CUENTA CON DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE CONTRATACIÓN, CON CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL NO. 0000002158-2026.

#### DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO A CONTRATAR:

LA DESCRIPCIÓN AMPLIA Y DETALLADA DEL SERVICIO A CONTRATAR, SE CONTEMPLA EN EL ANEXO TÉCNICO Y ANEXO TERMINOS Y CONDICIONES.

#### CALIDAD

LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS OBJETO DE LA PRESENTE SOLICITUD DE COTIZACIÓN ESTÁ CONTENIDA EN EL ANEXO TÉCNICO.

#### LICENCIAS, AUTORIZACIONES Y PERMISOS.

LOS LICITANTES DEBERÁN DE ENTREGAR DENTRO DE SU PROPUESTA, LO SIGUIENTE:

A) COPIA DEL REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR LA COFEPRIS DE LA SECRETARÍA DE SALUD PARA LOS REACTIVOS REQUERIDOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

EN CASO DE QUE EL REGISTRO SANITARIO NO SE ENCUENTRE DENTRO DEL PERIODO DE VIGENCIA DE 5 (CINCO) AÑOS, CONFORME AL ARTÍCULO 376 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, DEBERÁ PRESENTAR:

\* COPIA SIMPLE DEL OFICIO DE REGISTRO SANITARIO SOMETIDO A PRÓRROGA

\* COPIA SIMPLE DEL ACUSE DE RECIBO DEL TRÁMITE DE PRÓRROGA DE REGISTRO SANITARIO PRESENTADO ANTE LA COFEPRIS A MÁS TARDAR EL 24 DE FEBRERO DE 2015.

\* CARTA EN HOJA MEMBRETADA Y FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL TITULAR DEL REGISTRO, EN DONDE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTE QUE EL TRÁMITE DE PRÓRROGA DEL REGISTRO SANITARIO, DEL CUAL PRESENTA COPIA DEL OFICIO DE REGISTRO SANITARIO, FUE SOMETIDO EN TIEMPO Y FORMA, Y QUE EL ACUSE DE RECIBO PRESENTADO CORRESPONDE AL PRODUCTO SOMETIDO AL TRÁMITE DE PRÓRROGA DE REGISTRO SANITARIO.







EN EL CASO DE QUE LOS REACTIVOS NO REQUIERAN DE REGISTRO SANITARIO, DEBERÁN PRESENTAR:

\*CONSTANCIA EXPEDIDA POR LA COFEPRIS QUE LO EXIMA DEL MISMO, SUSCRITA POR SERVIDOR PÚBLICO AUTORIZADO PARA TAL EFECTO, O

\* LA PUBLICACIÓN DEL DOF VIGENTE "LISTADO DE INSUMOS PARA LA SALUD CONSIDERADOS COMO DE BAJO RIESGO, PARA EFECTOS DE OBTENCIÓN DEL REGISTRO SANITARIO Y DE AQUELLOS PRODUCTOS QUE POR SU NATURALEZA, CARACTERÍSTICAS PROPIAS Y USO NO SE CONSIDERAN COMO INSUMOS PARA LA SALUD Y POR ENDE NO REQUIERAN REGISTRO SANITARIO", REFERENCIANDO EN EL MISMO, LOS REACTIVOS, INSUMOS QUE ESTÁ OFERTANDO.

B) COPIA DEL AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE LA AUTORIZACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO VIGENTE DEL LICITANTE.

F) ESCRITO DE QUE CONOCE TODAS LAS NORMAS Y LINEAMIENTOS REFERIDOS EN EL NUMERAL 2.1 DEL PRESENTE DOCUMENTO, Y QUE EL SERVICIO PROPUESTO CUMPLIRÁ CON DICHAS NORMAS.

LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS (NOM) Y GUÍAS QUE EL PARTICIPANTE DEBE CONSIDERAR PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA NORMATIVA QUE SE PUBLIQUE O ACTUALICE DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, SON:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-253-SSA1-2012, PARA DISPOSICIÓN DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS, PUBLICADA EN EL DOF EL 26 DE OCTUBRE DEL 2012 Y SU MODIFICACIÓN A LOS PUNTOS 6.10.5.3, 8.1.1, 8.4.6.1 Y 13.5.1 Y LA ELIMINACIÓN DEL PUNTO 3.1.38, PUBLICADA EN EL DOF EL 18 DE SEPTIEMBRE DE 2015.

LA CADENA DE FRÍO DE LA SANGRE. GUÍA PARA LA SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN DE EQUIPOS Y ACCESORIOS. OMS

NORMA MEXICANA NMX-EC-15189-IMNC-2015, LABORATORIOS CLÍNICOS REQUISITOS DE LA CALIDAD Y COMPETENCIA, PUBLICADA EN EL DOF EL 26 DE MAYO DE 2015.

NORMA MEXICANA NMX-EC-17043-IMNC-2010, EVALUACIÓN DE LA CONFORMIDAD-REQUISITOS GENERALES PARA LOS ENSAYOS DE APTITUD.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA3-2011, PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS LABORATORIOS CLÍNICOS, PUBLICADA EN EL DOF EL 27 DE MARZO DE 2012.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-064-SSA1-1993, QUE ESTABLECE LAS ESPECIFICACIONES SANITARIAS DE LOS EQUIPOS DE REACTIVOS UTILIZADOS PARA DIAGNÓSTICO, PUBLICADA EN EL DOF EL 24 DE FEBRERO DE 1995.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-077-SSA1-1994, QUE ESTABLECE LAS ESPECIFICACIONES SANITARIAS DE LOS MATERIALES DE CONTROL (EN GENERAL) PARA LABORATORIOS DE PATOLOGÍA CLÍNICA, PUBLICADA EN EL DOF EL 01 DE JULIO DE 1996.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-078-SSA1-1994, QUE ESTABLECE LAS ESPECIFICACIONES SANITARIAS DE LOS ESTÁNDARES DE CALIBRACIÓN UTILIZADOS EN LAS MEDICIONES REALIZADAS EN LOS LABORATORIOS DE PATOLOGÍA CLÍNICA, PUBLICADA EL 01 DE JULIO DE 1996.

MODALIDAD DE LA CONTRATACION:

EL INSTITUTO CELEBRARÁ UN CONTRATO ABIERTO POR LA PARTIDA ADJUDICADA Y POR MONTOS MÍNIMOS Y MÁXIMOS, A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 45 Y 47 DE LA LAASSP Y 85 DE SU REGLAMENTO.

TIPO DE ABASTECIMIENTO.

EL TIPO DE ABASTECIMIENTO PARA LA PRESENTE CONTRATACIÓN SERÁ DE UNA FUENTE DE ABASTO POR LA PARTIDA. SE ADJUDICARÁ EL 100% DE LA TOTALIDAD DE LOS REQUERIMIENTOS DE LA PARTIDA A UN SOLO PARTICIPANTE.

PROPOSICIONES CONJUNTAS:

LAS PERSONAS INTERESADAS PODRÁN AGRUPARSE PARA ENVIAR UNA PROPOSICIÓN.

CONFORME AL ARTÍCULO 34 DE LA LAASSP, SERÁN ACEPTADAS LAS PROPOSICIONES CONJUNTAS, SIEMPRE Y CUANDO ESTAS CUMPLAN CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 44 DEL REGLAMENTO DE LA LAASSP.

PROPOSICIÓN ECONÓMICA:

LA PROPOSICIÓN ECONÓMICA, DEBERÁ CONTENER LA COTIZACIÓN DEL SERVICIO OFERTADO POR LA PARTIDA, PRECIO UNITARIO SIN IVA DEL SERVICIO PROPUESTO DE ACUERDO A LO SOLICITADO Y ESPECIFICADO.





PROPUESTA TECNICA:

LA DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE DEBERÁ PRESENTAR EL PARTICIPANTE, ES LA SIGUIENTE:

DESCRIPCIÓN AMPLIA Y DETALLADA DEL SERVICIO OFERTADO.

COPIA SIMPLE POR AMBOS LADOS DE SU IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE CON FOTOGRAFÍA, (CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL, PASAPORTE, CREDENCIAL PARA VOTAR CON FOTOGRAFÍA O CÉDULA PROFESIONAL), TRATÁNDOSE DE PERSONAS FÍSICAS; Y, EN EL CASO DE PERSONAS MORALES, DE LA PERSONA QUE FIRME LA PROPOSICIÓN.

EN SU CASO, ACOMPAÑADA DE LOS FOLLETOS, CATÁLOGOS Y/O FOTOGRAFÍAS, NECESARIOS PARA CORROBORAR LAS ESPECIFICACIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO.

CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LAS PROPOSICIONES.

LOS CRITERIOS QUE APLICARÁN PARA EVALUAR LAS PROPOSICIONES, SE BASARÁN EN LA INFORMACIÓN DOCUMENTAL PRESENTADA POR LOS PARTICIPANTES, OBSERVANDO QUE CONFORME AL ARTÍCULO 36 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, LA JUSTIFICACIÓN OBRA EN EL EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN, EN LO RELATIVO AL CRITERIO BINARIO Y 36 BIS FRACCIÓN II, DE LA LAASSP.

LA EVALUACIÓN SE REALIZARÁ COMPARANDO ENTRE SÍ, EN FORMA EQUIVALENTE, TODAS LAS CONDICIONES OFRECIDAS EXPLÍCITAMENTE POR LOS PARTICIPANTES.

EL CONTRATO SERÁ ADJUDICADO AL PARTICIPANTE CUYA OFERTA RESULTE SOLVENTE PORQUE CUMPLE, CONFORME A LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN ESTABLECIDOS, CON LOS REQUISITOS LEGALES, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS Y QUE GARANTICEN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES RESPECTIVAS.

PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.

EL PARTICIPANTE, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DEBERÁ CUMPLIR CON LOS NIVELES DE SERVICIOS QUE SE DETALLAN EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES.

LA ENTREGA DE LOS INSUMOS Y CONSUMIBLES, SE ENTREGARÁ EN EL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA CON EL PERSONAL ADSCRITO A DICHO SERVICIO, QUIEN FIRMA DE RECIBIDO, PARA POSTERIORMENTE SER AVALADO POR EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, SE REALIZARÁ A MAS TARDAR 24 HORAS POSTERIOR A LA FECHA DE SOLICITUD.

LA UNIDAD DE MEDIDA QUE REGULARÁ LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ES "PROCEDIMIENTO EFECTIVO REALIZADO", DEBIENDO CONSIDERAR EL PROVEEDOR COMO PARTE DEL SERVICIO, LO SIGUIENTE:

1. GENERALIDADES DEL SERVICIO.
2. ADECUACIÓN DEL ÁREA FÍSICA.
3. EQUIPO DE BANCO DE SANGRE.
4. BIENES DE CONSUMO.
5. CONTROL DE CALIDAD.
6. TRASLADO DE MUESTRAS.
7. BANCOS DE SANGRE CONCENTRADORES.
8. CONTROL DE CALIDAD A SANGRE TOTAL, HEMOCOMPONENTES Y AFÉRESIS.
9. MANTENIMIENTOS.
10. CAPACITACIÓN.
11. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y MENSAJERÍA HL7.
12. ASISTENCIA TÉCNICA.
13. CONTINGENCIA.
14. CUMPLIMIENTO DE NORMATIVA.
15. ENTREGA DE INSTALACIONES DEL LICITANTE ADJUDICADO AL INSTITUTO.

EL PROVEEDOR, DEBERÁ GARANTIZAR LA CORRECTA PRESTACIÓN DEL SERVICIO CONSIDERANDO TODO EL EQUIPAMIENTO Y LOS BIENES DE CONSUMO.





|                          |             |     |     |    | Pruebas Transfusionales |                                      |                                            |                                                |
|--------------------------|-------------|-----|-----|----|-------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------|
|                          |             |     |     |    | Equipo asignado         | Centrifuga Manual de Mesa (Serofuge) | Equipo Automatizado para Inmunohematología | Equipo Semiautomatizado para Inmunohematología |
| UMAE HGO CMN OCC Oblatos | GUADALAJARA | HGO | S/N | ST | 3                       | 2                                    | 1                                          |                                                |

LUGAR DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. EN LA UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECO OSBTETRICIA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL DE OCCIDENTE, EN DONDE SE REALIZARÁN LAS ADECUACIONES DEL ÁREA FÍSICA, LA ENTREGA E INSTALACIÓN DEL EQUIPAMIENTO Y ENTREGA DE BIENES DE CONSUMO DE ACUERDO A LA PARTIDA ADJUDICADA, ASÍ COMO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN, HARDWARE Y PROGRAMAS DE CÓMPUTO ASOCIADOS CONFORME A LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE BANCO DE SANGRE VIGENTE (ETIMSS 5640-023-002), MEDIANTE EL USO DEL ESTÁNDAR HL7, E INTERFACES, ASÍ COMO INSUMOS, HOJAS PARA IMPRESIÓN, TÓNER Y ETIQUETAS PARA TUBOS Y BOLSAS.

LAS ADECUACIONES DEL ÁREA FÍSICA DEBERÁN REALIZARSE Y DEBERÁN ESTAR LISTAS A PARTIR DEL 10 DE ABRIL 2026 PARA DAR INICIO CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

ADECUACIÓN DEL ÁREA FÍSICA.

LA ADECUACIÓN DEL ÁREA FÍSICA, ENTREGA DE EQUIPOS, INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN DEL EQUIPO PARA BANCOS DE SANGRE, DEBE REALIZARSE A MAS TARDAR EL 10 DE ABRIL 2026, EN LA UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL DE OCCIDENTE, PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS, MOTIVO DE ESTE SERVICIO MÉDICO INTEGRAL.

ES PRECISO SEÑALAR QUE LAS MANIOBRAS DE TRANSPORTACIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA A PUNTO CORRERÁN A CARGO DE EL PROVEEDOR.

EL PROVEEDOR, SE COMPROMETE A REALIZAR LAS ADECUACIONES DEL ÁREA FÍSICA, PARA LA INSTALACIÓN DE LOS EQUIPOS DE BANCO DE SANGRE, COMPLEMENTARIOS Y DE CÓMPUTO, CONDICIONES Y NECESIDADES QUE DEBEN CONSIDERAR PARA LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, EN LA UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL DE OCCIDENTE, DE LA PARTIDA 1.

ENTREGA DE ÁREA FÍSICA.

EL INSTITUTO A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO, FACILITARÁ A EL PROVEEDOR DE LA PARTIDA 1, LOS ESPACIOS FÍSICOS A TÍTULO GRATUITO, CON SUMINISTRO DE AGUA, ELECTRICIDAD, QUE SERÁN SUJETOS DE ADECUACIÓN PARA LA INSTALACIÓN DE LOS EQUIPOS OFERTADOS, SISTEMA DE INFORMACIÓN, EQUIPO DE CÓMPUTO, NODOS DE RED Y AIRE ACONDICIONADO TIPO MINISPLIT (EN CASO DE REQUERIRLO PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS) Y ESTÉ EN CONDICIONES DE INICIAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO A MÁS TARDAR EL DÍA 10 DE ABRIL 2026, PARA LO CUAL DEBERÁ PONERSE EN CONTACTO CON SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, A TRAVÉS DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO CON LA FINALIDAD DE FORMALIZAR DICHA ENTREGA, PARA LO CUAL UTILIZARÁ EL FORMATO CONTENIDO EN EL ANEXO T4.1 "CÉDULA DE PUESTA A PUNTO", APARTADO A Y DE MANERA INMEDIATA INICIE CON LOS TRABAJOS QUE CONSIDERE NECESARIOS, EN COORDINACIÓN CON EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA.

ASIMISMO, EL INSTITUTO A TRAVÉS DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO HARÁ LA ENTREGA DEL ESPACIO EL CUAL PODRÁ ADECUARSE POR EL PROVEEDOR, DE TAL FORMA QUE PUEDAN HACER USO COMO ALMACÉN PARA LA GUARDA Y CUSTODIA DE LOS BIENES DE CONSUMO COMO PARTE DEL SERVICIO, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

ADECUACIÓN DEL ÁREA FÍSICA. EL PROVEEDOR SE OBLIGA A REALIZAR SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO, LAS ADECUACIONES EN LOS SERVICIOS INCLUIDOS EN LA PARTIDA ADJUDICADA, PARA EL FUNCIONAMIENTO ÓPTIMO DE LOS EQUIPOS Y PERIFÉRICOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. FORMALIZANDO EL ANEXO T4.1 "CÉDULA DE PUESTA A PUNTO", APARTADO B, DENTRO DE LOS 7 (SIETE) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DEL SIGUIENTE DÍA HÁBIL DE LA RECEPCIÓN DEL ÁREA POR PARTE DEL INSTITUTO.



2026  
año de  
Margarita  
Maza





"EL PROVEEDOR" CONVINO EN CONJUNTAR SUS RECURSOS TÉCNICOS, LEGALES, ADMINISTRATIVOS, ECONÓMICOS Y FINANCIEROS POR LO QUE SE OBLIGA A PRESTAR EL SERVICIO OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO EN TÉRMINOS DEL CONVENIO DE PARTICIPACIÓN CONJUNTA, QUE SE AGREGA EN EL ANEXO 5 (CINCO) DEL PRESENTE CONTRATO.

"EL PROVEEDOR" CONVIENE QUE EN EL SUPUESTO DE QUE CUALQUIERA SE DECLARE EN QUIEBRA O SUSPENSIÓN DE PAGOS, NO LOS LIBERA DE CUMPLIR CON SUS OBLIGACIONES, POR LO QUE CUALQUIERA DE ELLAS QUE SUBSISTA, ACEPTA Y SE OBLIGA EXPRESAMENTE A RESPONDER CONJUNTA Y SOLIDARIA DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES A QUE HUBIERE LUGAR.

#### LUGAR DEL SERVICIO:

EL PROVEEDOR DEBERÁ OTORGAR EL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD SANGUÍNEA AUTOMATIZADAS EN LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE Y CONFORME A LAS ESPECIFICACIONES CONTENIDAS EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES, CON PERSONAL TÉCNICO ESPECIALIZADO, EQUIPO MÉDICO, BIENES DE CONSUMO, FÁRMACOS, MATENIMIENTO CORRECTIVO, PREVENTIVO Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL DEL INSTITUTO.

#### CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DEBERÁ INICIAR EL DÍA 10 DE ABRIL 2026 Y HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2026.

LA UNIDAD DE MEDIDA QUE REGULARÁ LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ES "PROCEDIMIENTO EFECTIVO REALIZADO".  
SEGUROS.

EN CASO DE APLICAR, "EL PROVEEDOR" DEBERÁ ENTREGAR LAS PÓLIZAS DE SEGUROS Y/O RESPONSABILIDAD CIVIL REQUERIDAS Y CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS SEÑALADOS EN EL ANEXO TÉCNICO, TÉRMINOS Y CONDICIONES.

#### TRANSPORTE.

"EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A EFECTUAR EL TRANSPORTE DE LOS BIENES DERIVADOS DEL SERVICIO OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, DESDE SU LUGAR DE ORIGEN, HASTA LAS INSTALACIONES REFERIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO Y TÉRMINOS Y CONDICIONES EN CASO DE APLICAR.

#### CANJE O DEVOLUCIÓN.

EL CANJE, LA DEVOLUCIÓN Y/O REPOSICIÓN DE BIENES DE CONSUMO SE REALIZARÁ EN UN TÉRMINO MÁXIMO DE 24 HORAS POSTERIORES A LA NOTIFICACIÓN Y CORRERÁ A CUENTA Y CARGO DEL PROVEEDOR, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ANEXO TÉCNICO.

EL PROVEEDOR SE OBLIGA A RESPONDER POR SU CUENTA Y RIESGO DE LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS QUE, POR INOBSERVANCIA O NEGLIGENCIA DE SU PARTE, LLEGUE A CAUSAR AL INSTITUTO Y/O TERCEROS.  
DEFECTOS Y VICIOS OCULTOS.

"EL PROVEEDOR" QUEDA OBLIGADO ANTE "EL INSTITUTO" A RESPONDER DE LOS DEFECTOS Y VICIOS OCULTOS DERIVADOS DE LAS OBLIGACIONES DEL PRESENTE CONTRATO, ASÍ COMO DE CUALQUIER OTRA RESPONSABILIDAD EN QUE HUBIERE INCURRIDO, EN LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO Y SUS RESPECTIVOS ANEXOS, ASÍ COMO LA COTIZACIÓN Y EL REQUERIMIENTO ASOCIADO A ÉSTA, Y/O EN LA LEGISLACIÓN APLICABLE EN LA MATERIA.

PARA LOS EFECTOS DE LA PRESENTE CLÁUSULA, SE ENTIENDE POR VICIOS OCULTOS LOS DEFECTOS QUE EXISTAN EN EL SERVICIO QUE LO HAGAN IMPROPIO PARA LOS USOS A QUE SE LE DESTINE O QUE DISMINUYAN DE TAL MODO ESTE USO, QUE DE HABERLO CONOCIDO "EL INSTITUTO" NO LO HUBIERE ADQUIRIDO O LOS HUBIERE ADQUIRIDO A UN PRECIO MENOR.

#### 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", CON MOTIVO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS, O BIEN POR LOS







DEFECTOS O VICIOS OCULTOS EN EL SERVICIO PRESTADO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 53 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

#### CONFIDENCIALIDAD.

LA INFORMACIÓN QUE SE DERIVE DE LA CONTRATACIÓN, ASÍ COMO TODA AQUELLA INFORMACIÓN QUE "EL INSTITUTO" ENTREGUE A "EL PROVEEDOR" TENDRÁ EL CARÁCTER DE CONFIDENCIAL, POR LO QUE ESTE SE COMPROMETE, DE FORMA DIRECTA O A TRAVÉS DE INTERPÓSITA PERSONA, A NO PROPORCIONARLA O DIVULGARLA POR ESCRITO, VERBALMENTE O POR CUALQUIER OTRO MEDIO A TERCEROS, INCLUSIVE DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO CELEBRADO CON EL PROVEEDOR ADJUDICADO.

DE IGUAL FORMA, "EL PROVEEDOR" SE COMPROMETE A NO ALTERAR LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, A LLEVAR UN CONTROL DE SU PERSONAL Y HACER DE SU CONOCIMIENTO LAS SANCIONES QUE SE APLICARÁN EN CASO DE INCUMPLIR CON LO DISPUESTO EN ESTA CLÁUSULA, POR LO QUE, EN SU CASO, SE OBLIGA A NOTIFICAR A "EL INSTITUTO" CUANDO SE REALICEN ACTOS QUE SE CONSIDEREN COMO ILÍCITOS, DEBIENDO DAR INICIO A LAS ACCIONES LEGALES CORRESPONDIENTES Y SACAR EN PAZ Y A SALVO A "EL INSTITUTO" DE CUALQUIER PROCESO LEGAL.

"EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A PONER EN CONOCIMIENTO DE "EL INSTITUTO" CUALQUIER HECHO O CIRCUNSTANCIA QUE EN RAZÓN DEL SERVICIO PRESTADOS SEA DE SU CONOCIMIENTO Y QUE PUEDA BENEFICIAR O EVITAR UN PERJUICIO A LA MISMA.

ASIMISMO, "EL PROVEEDOR" NO PODRÁ, CON MOTIVO DEL SERVICIO QUE PRESTE A "EL INSTITUTO", UTILIZAR LA INFORMACIÓN A QUE TENGA ACCESO, PARA ASESORAR, PATROCINAR O CONSTITUIRSE EN CONSULTOR DE CUALQUIER PERSONA QUE TENGA RELACIONES DIRECTAS O INDIRECTAS CON EL OBJETO DE LAS ACTIVIDADES QUE LLEVE A CABO.

ASIMISMO, SE DEBERÁ OBSERVAR LO SEÑALADO EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES.

#### DEDUCCIONES.

CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 53 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 97 DE SU REGLAMENTO, "EL PROVEEDOR", POR LA ENTREGA PARCIAL O DEFICIENTE EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, SE HARÁ ACREEDOR A UNA SANCIÓN POR EL CONCEPTO U OBLIGACIÓN, NIVEL DE SERVICIO, UNIDAD DE MEDIDA Y PORCENTAJES SEÑALADOS.

EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ RESPONSABLE DEL CÁLCULO, APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS DEDUCCIONES. EL MONTO MÁXIMO DE APLICACIÓN DE LAS DEDUCCIONES NO PODRÁ SER MAYOR AL QUE RESULTE DE APLICAR EL PORCENTAJE DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO.

EN CASO DE QUE SE EXCEDA SE PODRÁ PROCEDER A LA RESCISIÓN DEL CONTRATO.

#### PENAS CONVENCIONALES.

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 45, FRACCIÓN XIX, 53 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, 95 Y 96 DE SU REGLAMENTO, LA PENA CONVENCIONAL APLICABLE A "EL PROVEEDOR", POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS FECHAS PACTADAS DE ENTREGA O DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO CONFORME A LOS CONCEPTOS Y PORCENTAJES SEÑALADOS.

EL ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DE DETERMINAR, CALCULAR Y APLICAR LAS PENAS CONVENCIONALES, VIGILANDO LOS CORRESPONDIENTES REGISTRO O CAPTURA Y VALIDACIÓN EN EL SISTEMA PREI MILLENIUM, ASÍ COMO DE NOTIFICARLAS A "EL PROVEEDOR" PERSONALMENTE, MEDIANTE OFICIO O POR MEDIOS DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA.

"EL INSTITUTO" DESCONTARÁ LAS CANTIDADES QUE RESULTEN DE APLICAR LA PENA CONVENCIONAL, SOBRE LOS PAGOS QUE DEBA CUBRIR A "EL PROVEEDOR". POR LO TANTO, "EL PROVEEDOR" AUTORIZA A DESCONTAR LAS CANTIDADES QUE RESULTEN DE APLICAR LAS SANCIONES SEÑALADAS EN PÁRRAFOS ANTERIORES, SOBRE LOS PAGOS QUE ÉSTE DEBA CUBRIRLE A "EL INSTITUTO" DURANTE EL PERÍODO EN QUE INCURRA Y/O SE MANTENGA EN ATRASO CON MOTIVO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

PARA AUTORIZAR EL PAGO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, PREVIAMENTE "EL PROVEEDOR" TIENE QUE HABER CUBIERTO LAS PENAS CONVENCIONALES APLICADAS CONFORME A LO DISPUESTO EN EL PRESENTE CONTRATO. EL ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DE VERIFICAR QUE SE CUMPLA ESTA OBLIGACIÓN, DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA CONCLUSIÓN DEL ATRASO

#### SANCIONES ADMINISTRATIVAS.

CUANDO "EL PROVEEDOR" INCUMPLA CON SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES POR CAUSAS IMPUTABLES A ÉSTE, Y COMO CONSECUENCIA, CAUSE DAÑOS Y/O PERJUICIOS GRAVES A "EL INSTITUTO", O BIEN, PROPORCIONE INFORMACIÓN FALSA, ACTÚE CON DOLO O MALA FE EN LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO O DURANTE LA VIGENCIA DEL MISMO, POR DETERMINACIÓN DE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, SE PODRÁ HACER ACREEDOR A LAS SANCIONES ESTABLECIDAS EN LA LEY DE ADQUISICIONES,







ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 59, 60 Y 61 DE DICHO ORDENAMIENTO LEGAL Y 109 AL 115 DE SU REGLAMENTO.  
CONDICIONES DE PAGO:

SE EFECTUARÁN PAGOS POR SERVICIO DEVENGADO A "EL PROVEEDOR", DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 51 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 93 DE SU REGLAMENTO, ASÍ COMO POR LO ESTABLECIDO EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES.

EL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL POR INTERNET (CFDI) DEBERÁ SER PRESENTADO EN FORMA IMPRESA.

LOS PAGOS SE REALIZARÁN EN PESOS MEXICANOS, EN LOS PLAZOS NORMADOS POR EL DEPARTAMENTO DE FINANZAS, DE ACUERDO AL "PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, GLOSA Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA TRÁMITE DE PAGO Y LA CONSTITUCIÓN, MODIFICACIÓN, CANCELACIÓN, OPERACIÓN Y CONTROL DE FONDOS FIJOS" A LOS 20 (VEINTE) DÍAS NATURALES POSTERIORES A AQUEL EN QUE "EL PROVEEDOR" PRESENTE EL CFDI, EN EL ÁREA DE TRÁMITE DE EROGACIONES CORRESPONDIENTE. EL CFDI DEBERÁ REUNIR LOS REQUISITOS FISCALES RESPECTIVOS INDICANDO NÚMERO DE PROVEEDOR, NÚMERO DE CONTRATO, NÚMERO DE FIANZA, DENOMINACIÓN SOCIAL DE LA AFIANZADORA, ASÍ COMO EL REPORTE DE LOS PROCEDIMIENTOS APROBADOS EN EL PERÍODO. AMBOS DOCUMENTOS DEBERÁN ESTAR PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, ASÍ COMO CON LA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA QUE ACREDITE LA ENTREGA DEL SERVICIO, CONFORME A LOS NUMERALES CUARTO Y SEXTO DEL CAPÍTULO QUINTO, INTITULADO, DE LOS LINEAMIENTOS PARA PROMOVER LA AGILIZACIÓN DE PAGO A LOS PROVEEDORES CONTENIDOS EN EL "ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN DIVERSOS LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS Y DE OBRAS PÚBLICAS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LAS MISMAS", CONCORDANTE CON LOS ARTÍCULOS 65 Y 66 DEL REGLAMENTO DE LA LEY FEDERAL DE PRESUPUESTO Y RESPONSABILIDAD HACENDARIA.

ASIMISMO, SE DEBERÁN OBSERVAR LOS REQUISITOS SEÑALADOS EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES.

EL CFDI DEBERÁ PRESENTARSE ANTE EL DEPARTAMENTO DE FINANZAS DE LA UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL DE OCCIDENTE, PARA PROCEDER A SU GLOSA, REVISIÓN Y, EN SU CASO, APROBACIÓN. EN CASO DE APLICAR, DICHO CFDI DEBERÁ CONTENER EL NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, DE QUIEN SUSCRIBIÓ LA ORDEN DE COMPRA O SERVICIO, ASIMISMO, EN DICHO CFDI SE DEBERÁN INDICAR: NÚMERO DE ALTA EN SAI O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE PEDIDO-RECEPCIÓN EN PREI-MILLENNIUM (CUANDO SEA APLICABLE), NÚMERO DE PROVEEDOR, NÚMERO DE CONTRATO, NÚMERO DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO QUE SE HAYA ACEPTADO, DENOMINACIÓN SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE OTORGA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO Y LA INDICACIÓN DE QUE "EL PROVEEDOR" CUENTA CON OPINIONES POSITIVAS Y VIGENTES EN MATERIA DE APORTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL ANTE EL IMSS E INFONAVIT ASÍ COMO DE OBLIGACIONES FISCALES ANTE EL SAT.

EN CASO DE QUE EL DEVENGO POR LA ENTREGA-RECEPCIÓN NO GENERE NÚMERO DE ALTA EN SAI O NÚMERO DE PEDIDO-RECEPCIÓN EN PREI-MILLENNIUM, EN SU CASO, SE DEBERÁ ADJUNTAR ACTA DE ENTREGA-RECEPCIÓN.

EL PERSONAL DE LA OFICINA DE TRÁMITE DE EROGACIONES NO PODRÁ DEVOLVER EL CFDI PRESENTADO POR ERRORES QUE NO AFECTEN LA VALIDEZ FISCAL DEL DOCUMENTO O POR CAUSAS IMPUTABLES A "EL INSTITUTO".

PARA LOS CASOS EN QUE NO SE FORMALICE EL PRESENTE CONTRATO, EL FALLO O NOTIFICACIÓN DE LA ADJUDICACIÓN SERÁ EL DOCUMENTO CON EL CUAL PROCEDERÁ EL PAGO RESPECTIVO DEL SERVICIO PROPORCIONADO, ÚNICAMENTE PARA EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL FALLO Y LA FECHA EN QUE DEBIÓ FORMALIZARSE EL CONTRATO.

PARA EFECTOS DE LO ANTERIOR, EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO DEBERÁ INFORMAR AL ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO O ÁREA CONSOLIDADORA, EN SU CASO, EN UN PLAZO NO MAYOR A 24 (VEINTICUATRO) HORAS POSTERIORES AL VENCIMIENTO DEL PLAZO PARA FORMALIZACIÓN DEL INSTRUMENTO LEGAL, DE LA FALTA DE FORMALIZACIÓN DEL MISMO, A EFECTO DE QUE SE REALICEN LAS GESTIONES QUE CORRESPONDAN PARA NO RECIBIR EL SERVICIO MATERIA DEL PRESENTE CONTRATO.

"EL PROVEEDOR" DEBERÁ EXPEDIR SUS CFDI EN EL ESQUEMA DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA, CON LAS ESPECIFICACIONES NORMADAS EN LOS ARTÍCULOS 29 Y 29-A DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN (CFF), ASÍ COMO LAS QUE EMITA EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA (SAT) A NOMBRE DE "EL INSTITUTO", CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES IMS421231I45 Y EN CASO DE SER NECESARIO COMO DATO ADICIONAL, EL DOMICILIO EN AVENIDA BELISARIO DOMÍNGUEZ 771, COLONIA INDEPENDENCIA, CODIGO POSTAL 44340 EN GUADALAJARA, JALISCO.







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

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

LOS PAGOS SE DEPOSITARÁN A "EL PROVEEDOR" EN LA FECHA PROGRAMADA, A TRAVÉS DEL SISTEMA DE PAGOS ELECTRÓNICOS INTERBANCARIOS.

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

EN NINGÚN CASO, SE DEBERÁ AUTORIZAR EL PAGO DEL SERVICIO, SÍ NO SE HA DETERMINADO, CALCULADO Y NOTIFICADO A "EL PROVEEDOR" LAS PENAS

CONVENCIONALES O DEDUCCIONES PACTADAS EN EL PRESENTE CONTRATO, ASÍ COMO SU REGISTRO Y VALIDACIÓN EN EL SISTEMA PREI MILLENIUM.

"EL PROVEEDOR" PODRÁ OPTAR POR COBRAR A TRAVÉS DE FACTORAJE FINANCIERO CONFORME AL PROGRAMA DE CADENAS PRODUCTIVAS DE NACIONAL FINANCIERA, S.N.C., INSTITUCIÓN DE BANCA DE DESARROLLO CON "EL INSTITUTO".

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

EN CASO DE QUE "EL PROVEEDOR" PRESENTE SU CFDI CON ERRORES O DEFICIENCIAS, CONFORME A LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 89 Y 90 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, "EL INSTITUTO" DENTRO DE LOS 3 (TRES) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DE LA MISMA, INDICARÁ POR ESCRITO A "EL PROVEEDOR" LAS DEFICIENCIAS O ERRORES QUE DEBERÁ CORREGIR. EL PERIODO QUE TRANSCURRA A PARTIR DE LA ENTREGA DEL CITADO ESCRITO Y HASTA QUE "EL PROVEEDOR" PRESENTE LAS CORRECCIONES NO SE COMPUTARÁ DENTRO DEL PLAZO ESTIPULADO PARA EL PAGO.

"EL PROVEEDOR", PARA CADA UNO DE LOS PAGOS QUE EFECTIVAMENTE RECIBA, DE ACUERDO CON ESTA CLÁUSULA, DEBERÁ DE EXPEDIR A NOMBRE DE "EL INSTITUTO", EL "CFDI CON COMPLEMENTO PARA LA RECEPCIÓN DE PAGOS", TAMBIÉN DENOMINADO "RECIBO ELECTRÓNICO DE PAGO", EL CUAL ELABORARÁ DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR LAS DISPOSICIONES FISCALES VIGENTES Y LO CARGARÁ EN EL PORTAL DE SERVICIOS A PROVEEDORES DE LA PÁGINA DE "EL INSTITUTO".

"EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A NO CANCELAR ANTE EL SAT LOS CFDI A FAVOR DE "EL INSTITUTO" PREVIAMENTE VALIDADOS EN EL PORTAL DE SERVICIOS A PROVEEDORES, SALVO JUSTIFICACIÓN Y COMUNICACIÓN POR PARTE DEL MISMO AL ADMINISTRADOR

DEL PRESENTE CONTRATO PARA SU AUTORIZACIÓN EXPRESA, DEBIENDO ÉSTE INFORMAR A LAS ÁREAS DE TRÁMITE DE EROGACIONES DE DICHA JUSTIFICACIÓN Y REPOSICIÓN DEL CFDI EN SU CASO.

EL ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO LLEVARÁ A CABO LA VALORACIÓN DE LA PROCEDENCIA DEL PAGO POR CONCEPTO DE GASTOS NO RECUPERABLES CONFORME A LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 101 Y 102 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, EN RELACIÓN CON LOS ARTÍCULOS 38, 46, 54 BIS Y 55 BIS, SEGUNDO PÁRRAFO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, PREVIA SOLICITUD POR ESCRITO A "EL PROVEEDOR", ACOMPAÑADA DE LOS DOCUMENTOS SIGUIENTES:







- COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE CON FOTOGRAFÍA Y FIRMA DE LA PERSONA QUE HAYA REALIZADO LOS TRÁMITES RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN.
- EL CFDI QUE REÚNA LOS REQUISITOS DE LOS ARTÍCULOS 29 Y 29-A DEL CFF, 37 AL 40 DEL REGLAMENTO DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN (RCFF) Y, EN SU CASO, LA RESOLUCIÓN DE LA MISCELÁNEA FISCAL DEL EJERCICIO QUE CORRESPONDA.
- LA SOLICITUD LA REALIZARÁ AL ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO PARA LA DETERMINACIÓN DE LA PROCEDENCIA DEL PAGO Y, EN SU CASO, ELABORAR EL FINIQUITO Y REMITIRLO PARA EL PAGO RESPECTIVO AL DEPARTAMENTO DE FINANZAS DE LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD.

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

LOS PAGOS DEL SERVICIO QUEDARÁN CONDICIONADOS PROPORCIONALMENTE AL PAGO QUE "EL PROVEEDOR" DEBA EFECTUAR POR CONCEPTOS DE PENAS CONVENCIONALES Y/O DEDUCCIONES. EN AMBOS CASOS, "EL INSTITUTO" REALIZARÁ LAS RETENCIONES CORRESPONDIENTES SOBRE EL CFDI QUE SE PRESENTE PARA PAGO. EN EL ENTENDIDO DE QUE EN EL SUPUESTO DE QUE SEA RESCINDIDO EL PRESENTE CONTRATO, NO PROCEDERÁ EL COBRO DE DICHAS PENALIZACIONES, NI LA CONTABILIZACIÓN DE LAS MISMAS PARA

HACER EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR EL ARTÍCULO 95 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

LA UNIDAD RESPONSABLE DEL GASTO (URG) DEBERÁ REGISTRAR LOS CONTRATOS, CONVENIOS Y SU DDP EN EL SISTEMA PREI MILLENIUM PARA EL TRÁMITE DE PAGO CORRESPONDIENTE.

LOS SERVICIOS CUYA RECEPCIÓN NO GENERE ALTA A TRAVÉS DEL SAI O EL PREI MILLENIUM DE MANERA ELECTRÓNICA, DEBERÁN CONTENER LA FIRMA DE RECEPCIÓN Y DE AUTORIZACIÓN PARA EL TRÁMITE DE PAGO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL "PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, GLOSA Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA TRÁMITE DE PAGO Y LA CONSTITUCIÓN, MODIFICACIÓN, CANCELACIÓN, OPERACIÓN Y CONTROL DE FONDOS FIJOS" VIGENTE, ASÍ COMO EL ACTA DE ENTREGA-RECEPCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.

PARA QUE "EL PROVEEDOR" PUEDA CELEBRAR UN CONTRATO DE CESIÓN DE DERECHOS DE COBRO, MISMO QUE DEBERÁ NOTIFICARLO POR ESCRITO A "EL INSTITUTO" CON UN MÍNIMO DE 5 (CINCO) DÍAS NATURALES ANTERIORES A LA FECHA DE PAGO PROGRAMADA, EL ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO, O EN SU CASO, EL TITULAR DEL ÁREA REQUERENTE, DEBERÁ ENTREGAR LOS DOCUMENTOS SUSTANTIVOS DE DICHA CESIÓN AL ÁREA RESPONSABLE DE AUTORIZAR ÉSTA, CONFORME AL "PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, GLOSA Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA TRÁMITE DE PAGO Y LA CONSTITUCIÓN, MODIFICACIÓN, CANCELACIÓN, OPERACIÓN Y CONTROL DE FONDOS FIJOS".

PARA EFECTOS DEL COBRO DE SUS CFDI, DEBERÁ PRESENTARSE POR "EL PROVEEDOR" QUE SE HAYA ESTABLECIDO EN EL CONVENIO DE PARTICIPACIÓN CONJUNTA, EN EL ENTENDIDO DE QUE "EL INSTITUTO" NO SERÁ RESPONSABLE DE LA MANERA EN QUE HAYAN ACORDADO LA DISTRIBUCIÓN DEL PAGO.

EL CFDI SE DEBERÁ PRESENTAR DESGLOSANDO EL I.V.A., CUANDO APLIQUE.

"EL PROVEEDOR" MANIFIESTA SU CONFORMIDAD DE QUE HASTA EN TANTO NO SE CUMPLA CON LA VERIFICACIÓN, SUPERVISIÓN Y ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS, NO SE TENDRÁN COMO RECIBIDOS O ACEPTADOS POR EL ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO MENCIONADO EN LA DECLARACIÓN I.3. DEL PRESENTE CONTRATO.

PARA EFECTOS DE TRÁMITE DE PAGO, "EL PROVEEDOR" DEBERÁ SER TITULAR DE UNA CUENTA DE CHEQUES VIGENTE Y PARA TAL EFECTO PROPORCIONA LA CLABE DEL BANCO EN LA QUE SE EFECTUARÁ LA TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE PAGO.

MONEDA EN LA QUE DEBERÁN COTIZARSE LOS BIENES Y EFECTUARSE LOS PAGOS RESPECTIVOS.

LAS PROPUESTAS Y EL PAGO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS SE REALIZARÁN EN PESOS MEXICANOS A DOS DECIMALES.







## IMPUESTOS Y DERECHOS

LOS IMPUESTOS Y DERECHOS QUE PROCEDAN CON MOTIVO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO OBJETO DE LA CONTRATACIÓN, SERÁN PAGADOS POR EL PROVEEDOR CONFORME A LA LEGISLACIÓN APLICABLE EN LA MATERIA.

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

## GARANTÍAS

### GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.

EL PARTICIPANTE GANADOR, PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES ESTIPULADAS EN EL CONTRATO ADJUDICADO, DEBERÁ PRESENTAR FIANZA EXPEDIDA POR AFIANZADORA DEBIDAMENTE CONSTITUIDA EN TÉRMINOS DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, POR UN IMPORTE EQUIVALENTE AL 10% (DIEZ POR CIENTO) DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO, SIN CONSIDERAR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO, A FAVOR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

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

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







**ANEXO TÉCNICO**

SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD SANGUÍNEA AUTOMATIZADAS  
10 DE ABRIL 2026 – 30 DE SEPTIEMBRE DE 2026

INFORMACIÓN QUE DE CONFORMIDAD AL NUMERAL 4.24.3 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DEBERÁ CONTENER EL PRESENTE DOCUMENTO.

**DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**

SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD SANGUÍNEA AUTOMATIZADAS:

| NO. PARTIDA | CLAVE CUCOP | GRUPO, ESTUDIO Y CLAVE                                                 | UNIDAD DE MEDIDA | REQUERIMIENTO  |                |
|-------------|-------------|------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|----------------|
|             |             |                                                                        |                  | MÍNIMO PRUEBAS | MÁXIMO PRUEBAS |
| 1           | 33900010    | PRUEBAS TRANSFUSIONALES.<br>50.04.002 PRUEBA CRUZADA<br>(AUTOMATIZADA) | PRUEBA EFECTIVA  | 1920           | 4800           |

EL INSTITUTO REQUIERE DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD SANGUÍNEA AUTOMATIZADAS, QUE PERMITA ATENDER LA DEMANDA DE PROCEDIMIENTOS, DE LOS SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, CONFORMADO POR PROCEDIMIENTOS/ESTUDIOS PARA HEMOCOMPONENTES Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN.

EL PROVEEDOR, DEBERÁ ATENDER LOS TEMAS Y LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES QUE SEAN NECESARIAS PARA EL INICIO DEL SERVICIO; LO ANTERIOR, CON LA FINALIDAD DE QUE SE REALICEN LOS TRABAJOS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DEL FALLO Y SE DÉ INICIO CON TODA OPORTUNIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO A PARTIR DEL 10 DE ABRIL 2026 Y HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2026.

**GENERALIDADES DEL SERVICIO.**

PARA CONFORMAR LA SANGRE TOTAL SEGURA,

ELEMENTOS QUE CONFORMAN EL GRUPO SANGRE TOTAL Y AFÉRESIS, PARA LA PARTIDA.

| RUBRO                                                                   | PORCENTAJE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SANGRE TOTAL | AFÉRESIS |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|
| SISTEMA DE INFORMACIÓN                                                  | EL PROVEEDOR ADJUDICADO DEBERÁ INSTALAR UN SISTEMA DE INFORMACIÓN, QUE CUMPLA CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEFINIDAS EN LA ETIMSS 5640-023-002 VIGENTE, EN LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, SERVICIOS QUE DEBERÁN ESTAR COMUNICADOS PARA LA CONSULTA EN TIEMPO REAL DE LA INFORMACIÓN QUE SE INGRESE EN LA UNIDAD MÉDICA RESPECTO DE LA NUMERACIÓN CONSECUTIVA ASIGNADA. |              |          |
| BOLSA CUÁDRUPLE CON FILTRO INTEGRADO PARA LEUCORREDUCIR                 | 25 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SÍ           | N/A      |
| EQUIPO DE AFÉRESIS (3% DE MERMA PERMITIDO)                              | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | N/A          | SÍ       |
| BOLSAS DE TRANSFERENCIA DE 150 ML, 300 ML Y PARA FRACCIONES PEDIÁTRICAS | 20%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SÍ           | N/A      |
| GRUPO SANGUÍNEO ABO Y RH(D)                                             | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SÍ           | SÍ       |
| SISTEMA INFORMÁTICO (INSUMOS ETIQUETAS PLÁSTICAS, TÓNER Y PAPELERÍA)    | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SÍ           | SÍ       |





N/A= NO APLICA

LAS PRUEBAS SEROLÓGICAS DEBERÁN ATENDER LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA NOM-253-SSA1-2012 EN SU APARTADO NÚMERO 9.

\* SE DEBERÁ ASIGNAR ESTE EQUIPO EN EL CASO DE QUE EL EQUIPO DE INMUNOENSAYO NO REALICE TODAS LAS PRUEBAS REQUERIDAS.

\*\* ESTAS PRUEBAS PODRÁN SER ENVIADAS A LABORATORIOS DE REFERENCIA PARA OBTENCIÓN DEL RESULTADO.

°° TÉCNICA DE HEMAGLUTINACIÓN, ANTÍGENO CONSTITUIDO POR CEPA 99S DE B. ABORTUS (0.45%), INACTIVACIÓN DE IGM MEDIANTE EL EMPLEO DE 2-MERCAPTOETANOL. TIEMPO DE DURACIÓN DE 24 HORAS. KIT QUE CONTIENE UN FRASCO CON 5.0 ML DE ANTÍGENO, UN FRASCO CON 5.5 ML DE 2-MERCAPTOETANOL, Y PLACA DE 96 POZOS. PARA LAS MUESTRAS SOLICITADAS. ESTUDIOS DE AMPLIFICACIÓN DE ÁCIDOS NUCLEICOS PARA SANGRE TOTAL SEGURA, AFÉRESIS Y CTH.

#### CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

LA PUESTA EN OPERACIÓN DEL SERVICIO DEBERÁ DAR INICIO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DEL 10 DE ABRIL 2026 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2026.

LA UNIDAD DE MEDIDA QUE REGULARÁ LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ES "PROCEDIMIENTO EFECTIVO REALIZADO", DEBIENDO CONSIDERAR LOS PARTICIPANTES COMO PARTE DEL SERVICIO, LO SIGUIENTE:

GENERALIDADES DEL SERVICIO.

ADECUACIÓN DEL ÁREA FÍSICA.

EQUIPO DE BANCO DE SANGRE.

BIENES DE CONSUMO.

CONTROL DE CALIDAD.

TRASLADO DE MUESTRAS.

BANCOS DE SANGRE CONCENTRADORES.

CONTROL DE CALIDAD A SANGRE TOTAL, HEMOCOMPONENTES Y AFÉRESIS.

MANTENIMIENTOS.

CAPACITACIÓN.

SISTEMA DE INFORMACIÓN Y MENSAJERÍA HL7.

ASISTENCIA TÉCNICA.

CONTINGENCIA.

CUMPLIMIENTO DE NORMATIVA.

ENTREGA DE INSTALACIONES DEL PARTICIPANTE ADJUDICADO AL INSTITUTO.

LUGAR DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. LOS PARTICIPANTES DEBERÁN CONSIDERAR LA UBICACIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA DEL CMNO, EN DONDE SE REALIZARÁN LAS ADECUACIONES DEL ÁREA FÍSICA, LA ENTREGA E INSTALACIÓN DEL EQUIPAMIENTO Y ENTREGA DE BIENES DE CONSUMO DE ACUERDO A LAS PARTIDAS EN LAS QUE DESEE PARTICIPAR, ASÍ COMO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN, HARDWARE Y PROGRAMAS DE CÓMPUTO ASOCIADOS CONFORME A LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE BANCO DE SANGRE VIGENTE (ETIMSS 5640-023-002), MEDIANTE EL USO DEL ESTÁNDAR HL7, E INTERFACES, ASÍ COMO INSUMOS, HOJAS PARA IMPRESIÓN, TÓNER Y ETIQUETAS PARA TUBOS Y BOLSAS. LAS ADECUACIONES DEL ÁREA FÍSICA DEBERÁN REALIZARSE Y ESTAR LISTAS A PARTIR DEL 10 DE ABRIL 2026 PARA DAR INICIO CON EL SERVICIO.

ADECUACIÓN DEL ÁREA FÍSICA.

LA ADECUACIÓN DE LAS ÁREAS FÍSICAS, ENTREGA DE EQUIPOS, INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN DEL EQUIPO PARA BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN DE LA UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA DEL CMNO, EN EL DOMICILIO UBICADO SOBRE LA AVENIDA BELISARIO DOMÍNGUEZ 771, COLONIA INDEPENDENCIA, CÓDIGO POSTAL 44340, EN GUADALAJARA, JALISCO ESTABLECIDO PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS, MOTIVO DE ESTE SERVICIO MÉDICO INTEGRAL QUE SE PRETENDE CONTRATAR.

ES PRECISO SEÑALAR QUE LAS MANIOBRAS DE TRANSPORTACIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA A PUNTO CORRERÁN A CARGO DE LOS PARTICIPANTES ADJUDICADOS.

VISITA A SITIO: EN CASO DE QUE LOS PARTICIPANTES DESEEN REALIZAR UNA VISITA A SITIO DE LA UNIDAD MÉDICA, EL INSTITUTO, POR CONDUCTO DEL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, PROPORCIONARÁ A LOS PARTICIPANTES LAS FACILIDADES E INFORMACIÓN, CON EL PROPÓSITO DE QUE ESTOS IDENTIFIQUEN LAS ÁREAS DONDE SE INSTALARÁN LOS EQUIPOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y LAS ADECUACIONES QUE SERÁN NECESARIAS PARA EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS QUE PROPONGA COMO PARTE DE SU PROPUESTA TÉCNICA PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. EL PERSONAL DEL INSTITUTO



2026  
año de  
**Margarita  
Maza**

Belisario Domínguez No.771, Col. Independencia, C. P. 44340, Guadalajara, jal. Tel: (33) 3668 3000





INTERVENDRÁ ÚNICAMENTE EN LA IDENTIFICACIÓN Y COMO GUÍA DEL ESPACIO EN EL QUE LOS EQUIPOS DEBERÁN UBICARSE. CABE SEÑALAR QUE EL IMPORTE DE LA(S) VISITA(S) CORRERÁN A CUENTA DEL PARTICIPANTE.

LOS PARTICIPANTES DEBERÁN ENTREGAR EN SU PROPUESTA TÉCNICA CARTA EN ESCRITO LIBRE EN HOJA MEMBRETADA DE LA EMPRESA PARTICIPANTE, EN LA CUAL ESPECIFIQUE QUE SE COMPROMETE A REALIZAR LAS ADECUACIONES DEL ÁREA FÍSICA, PARA LA INSTALACIÓN DE LOS EQUIPOS DE BANCO DE SANGRE, COMPLEMENTARIOS Y DE CÓMPUTO, CONDICIONES Y NECESIDADES QUE DEBEN CONSIDERAR PARA LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, EN LA(S) UNIDAD(ES) MÉDICA(S) DE LA(S) PARTIDA(S) EN LA(S) QUE PARTICIPE. ES IMPORTANTE ACLARAR QUE LAS DUDAS Y ACLARACIONES DERIVADAS DE LA VISITA AL SITIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SERÁN CONTESTADAS DURANTE LA VISITA A SITIO. A FIN DE PONER EN IGUALDAD DE CONDICIONES A TODOS LOS PARTICIPANTES QUE PARTICIPEN.

EN LA VISITA A SITIO QUE EN SU CASO DECIDAN REALIZAR LOS PARTICIPANTES A LAS INSTALACIONES INSTITUCIONALES, EL SERVIDOR PÚBLICO RESPONSABLE (DIRECTOR ADMINISTRATIVO O DIRECTOR MÉDICO O QUIEN ESTE DESIGNE), DEBERÁ LLEVAR A CABO LA FORMALIZACIÓN DE UNA MINUTA QUE DEBERÁ SER FIRMADA POR LOS PARTICIPANTES Y CONTENDRÁ AL MENOS: LA FECHA, LA HORA DE INICIO Y DE CONCLUSIÓN, LOS NOMBRES COMPLETOS DE TODAS LAS PERSONAS QUE ESTUVIERON PRESENTES Y EL CARÁCTER, CARGO O PUESTO DIRECTIVO CON EL QUE PARTICIPARON, DEL PERSONAL DEL INSTITUTO (DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA, JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN), NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL PERSONAL DE LA EMPRESA PARTICIPANTE ASISTENTE, ASÍ COMO LOS TEMAS TRATADOS, CONFORME A LO SEÑALADO EN EL "PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN MATERIA DE CONTRATACIONES PÚBLICAS, OTORGAMIENTO Y PRÓRROGA DE LICENCIAS, PERMISOS, AUTORIZACIONES Y CONCESIONES" PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (DOF) 20 DE AGOSTO DE 2015, Y SUS REFORMAS DE FECHAS DE PUBLICACIÓN EN EL DOF EL 19 DE FEBRERO DE 2016 Y EL 28 DE FEBRERO 2017, PARA LO CUAL PREVIAMENTE EL DIRECTOR MÉDICO, O ENCARGADO/JEFE DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN) DEBERÁ ENVIAR AL PERSONAL DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL (OIC), COPIA SIMPLE DE LA MINUTA QUE SE LEVANTE DEL ACTO, EN UN PLAZO NO MAYOR A DOS DÍAS HÁBILES PARA EL INSTITUTO, CONTADOS A PARTIR DE SU FORMALIZACIÓN. DICHA MINUTA NO SERVIRÁ DE CONSTANCIA DE HABER REALIZADO LA VISITA A LAS INSTALACIONES, SOLO ES PARA EL DEBIDO CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO SEÑALADO, TAMPOCO DEBERÁ INCLUIRSE COMO PARTE DE LA PROPUESTA TÉCNICA DE LAS PARTICIPANTES.

ENTREGA DE ÁREA FÍSICA. EL INSTITUTO FACILITARÁ A LOS PARTICIPANTES ADJUDICADOS LOS ESPACIOS FÍSICOS A TÍTULO GRATUITO, CON SUMINISTRO DE AGUA, ELECTRICIDAD, QUE SERÁN SUJETOS DE ADECUACIÓN PARA LA INSTALACIÓN DE LOS EQUIPOS OFERTADOS, SISTEMA DE INFORMACIÓN, EQUIPO DE CÓMPUTO, NODOS DE RED Y AIRE ACONDICIONADO TIPO MINISPLIT (EN CASO DE REQUERIRLO PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS) Y ESTÉ EN CONDICIONES DE INICIAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EL DÍA 10 DE ABRIL 2026 PARA LO CUAL DEBERÁ PONERSE EN CONTACTO CON EL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, A TRAVÉS DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO CON LA FINALIDAD DE FORMALIZAR DICHA ENTREGA, PARA LO CUAL UTILIZARÁ EL FORMATO CONTENIDO EN EL ANEXO T4.1 "CÉDULA DE PUESTA A PUNTO", APARTADO A Y DE MANERA INMEDIATA INICIE CON LOS TRABAJOS QUE CONSIDERE NECESARIOS, EN COORDINACIÓN CON EL JEFE DE CONSERVACIÓN DE CADA UNIDAD MÉDICA.

LOS PROVEEDORES (SALIENTES) CON CONTRATO VIGENTE PARA EL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y EL PARTICIPANTE QUE RESULTE ADJUDICADO, DEBERÁN DE REALIZAR UNA TRANSICIÓN ORDENADA Y SIN LA INTERRUPCIÓN DEL SERVICIO PARA EL INSTITUTO, LA CUAL DEBERÁ SER COORDINADA POR EL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA (O A QUIEN ESTE DESIGNE), EL JEFE DE CONSERVACIÓN Y EL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, SEGÚN SEA EL CASO; EN CASO DE TRATARSE DE UNA UMAE LA TRANSICIÓN DEBERÁ SER COORDINADA POR EL DIRECTOR MÉDICO (O A QUIEN ESTE DESIGNE), EL INGENIERO BIOMÉDICO Y EL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, SEGÚN SEA EL CASO.

ASIMISMO, EL INSTITUTO A TRAVÉS DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO HARÁ LA ENTREGA DEL ESPACIO EL CUAL PODRÁ ADECUARSE POR LOS PARTICIPANTES ADJUDICADOS, DE TAL FORMA QUE PUEDAN HACER USO COMO ALMACÉN PARA LA GUARDA Y CUSTODIA DE LOS BIENES DE CONSUMO COMO PARTE DEL SERVICIO, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

ADECUACIÓN DEL ÁREA FÍSICA. LOS PARTICIPANTES ADJUDICADOS A LAS PARTIDAS SE OBLIGAN A REALIZAR SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO, LAS ADECUACIONES EN CADA UNO DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN INCLUIDOS EN LAS PARTIDAS ADJUDICADAS A CADA PARTICIPANTE, DE ACUERDO AL ANEXO T2 "DIRECTORIO DEL SMI DE BS", PARA EL FUNCIONAMIENTO ÓPTIMO DE LOS EQUIPOS Y PERIFÉRICOS PROPUESTOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. FORMALIZANDO EL ANEXO T4.1 "CÉDULA DE PUESTA A PUNTO", APARTADO B, DENTRO DE LOS 7 (SIETE) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DEL SIGUIENTE DÍA HÁBIL DE LA RECEPCIÓN DEL ÁREA POR PARTE DEL INSTITUTO.

EQUIPO DE BANCO DE SANGRE.

LOS PARTICIPANTES DEBERÁN OFERTAR EL EQUIPO DE BANCO DE SANGRE, EQUIPO COMPLEMENTARIO NECESARIOS PARA REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS CONFORME AL ANEXO T1 (UNO) "REQUERIMIENTO DEL SMI DE BS", ANEXO T3 "EQUIPAMIENTO DEL SMI DE BS", CONSIDERANDO LAS ESPECIFICACIONES CONTENIDAS EN EL ANEXO T3.1 "ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL EQUIPAMIENTO",







INCLUYENDO LA ENTREGA, INSTALACIÓN, VERIFICACIÓN, MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS, ASISTENCIA TÉCNICA Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL DEL INSTITUTO, ENLACE Y COMUNICACIÓN CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN QUE INCLUYE PROGRAMAS DE CÓMPUTO ASOCIADOS, EQUIPOS DE CÓMPUTO, EQUIPOS DE REGULACIÓN DE ENERGÍA (UPS), PERIFÉRICOS, LECTORES DE CÓDIGOS DE BARRAS, ETIQUETAS E IMPRESORAS NECESARIOS, PARA EL CONTROL DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE, EN LOS MISMOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR, INSTALAR Y PONER A PUNTO LOS EQUIPOS ACORDE AL EQUIPAMIENTO DEL SMI DE BS, PARA INICIAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PARA DAR INICIO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EL DÍA 10 DE ABRIL 2026. LOS EQUIPOS A INSTALAR PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN LOS BANCOS DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, DEBERÁN SER COMPATIBLES ENTRE SÍ Y GARANTIZAR LA TRAZABILIDAD DE LOS PROCESOS PARA LA DISPOSICIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES ENTRE LAS UNIDADES MÉDICAS DE UNA MISMA PARTIDA.

LOS EQUIPOS DEBERÁN SER DE TECNOLOGÍA DE PUNTA, PARA LO CUAL SE REQUIERE DE EQUIPOS NUEVOS O EQUIPOS EN ÓPTIMAS CONDICIONES, CON FECHA DE FABRICACIÓN PARA AMBOS CASOS NO MAYOR A 6 (SEIS) AÑOS (2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022), Y ENSAMBLADOS DE MANERA INTEGRAL EN EL PAÍS DE ORIGEN, LOS CUALES DEBERÁN SER DE ORIGEN NACIONAL O DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LOS TRATADOS DE LIBRE COMERCIO VIGENTES CON CAPÍTULO DE COMPRAS GUBERNAMENTALES SUSCRITOS POR MÉXICO; NO SE ACEPTARÁN PROPUESTAS DE EQUIPOS RECONSTRUIDOS, NI DE BIENES CORRESPONDIENTES A SALDOS, Y DEBERÁN CUMPLIR LAS ESPECIFICACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO T3.1 "ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL EQUIPAMIENTO".

ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE NO SE ACEPTARÁN PROPUESTAS DE EQUIPOS MÉDICOS CORRESPONDIENTES A SALDOS O REMANENTES O QUE OSTENTEN LAS LEYENDAS "ONLY EXPORT" NI "ONLY INVESTIGATION", EQUIPOS RECONSTRUIDOS, DESCONTINUADOS O CUYO USO NO SE AUTORIZA EN EL PAÍS DE ORIGEN, O QUE CUENTEN CON ALERTAS MÉDICAS O DE CONCENTRACIONES POR PARTE DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS MEXICANAS O DE CUALQUIER PAÍS, QUE INSTRUYAN SU RETIRO DEL MERCADO.

RECEPCIÓN DE EQUIPO DE BANCO DE SANGRE Y COMPLEMENTARIO. LA RECEPCIÓN DE LOS EQUIPOS PARA SU INSTALACIÓN SERÁ RESPONSABILIDAD DEL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, QUIENES DEBERÁN CONSTATAR QUE LOS EQUIPOS ENTREGADOS SEAN LOS OFERTADOS POR EL PARTICIPANTE EN SU PROPUESTA TÉCNICA PARA ESA

PARTIDA, VERIFICANDO LA FECHA DE FABRICACIÓN DE LOS EQUIPOS Y LA DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA A DICHO EQUIPO, PARA PROCEDER A LA FORMALIZACIÓN DE LA RECEPCIÓN, DEBIENDO REQUISITAR, POR CADA EQUIPO RECIBIDO EL CORRESPONDIENTE ANEXO T4 "CÉDULA DE RECEPCIÓN DE EQUIPOS" Y T4.1 "CÉDULA DE PUESTA A PUNTO", CON LO QUE AUTORIZA SE PROCEDA A SU INSTALACIÓN.

INSTALACIÓN. LA INSTALACIÓN Y PUESTA A PUNTO DE LOS EQUIPOS SOLICITADOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO OBJETO DEL PRESENTE, SERÁ ESTRICTA RESPONSABILIDAD DEL PARTICIPANTE ADJUDICADO, CUYA SUPERVISIÓN ESTARÁ A CARGO DE LA PERSONA DESIGNADA COMO ENLACE POR EL PARTICIPANTE ADJUDICADO Y DEL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, VERIFICANDO LAS CONDICIONES DE INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DEL EQUIPO, PARA LO CUAL SE UTILIZARÁ EL FORMATO CONTENIDO EN EL T4.1 "CÉDULA DE PUESTA A PUNTO", VERIFICANDO LA REALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y A LO SOLICITADO EN EL PRESENTE ANEXO TÉCNICO.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ ELABORAR PARA CADA EQUIPO, EL ANEXO T4.1 "CÉDULA PUESTA A PUNTO" DEBIDAMENTE REQUISITADA EN CADA UNO DE SUS INCISOS, ADJUNTANDO EVIDENCIA FOTOGRÁFICA Y FORMALIZARLA EN CONJUNTO CON EL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, DENTRO DE LOS 7 (SIETE) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DEL SIGUIENTE DÍA DE INICIADO EL SERVICIO, MISMO QUE DEBERÁ ENTREGAR EN ORIGINAL AL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN Y EN COPIA DIGITAL A LA CPSMA/CTSMI AL CORREO ELECTRÓNICO CTSI.BS@IMSS.GOB.MX. EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR LOS MANUALES DE OPERACIÓN COMPLETOS Y EN IDIOMA ESPAÑOL, O EN SU CASO LA TRADUCCIÓN RESPECTIVA AL ESPAÑOL, DE MANERA IMPRESA Y DIGITAL AL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN.

LOS EQUIPOS DE BANCO DE SANGRE, COMPLEMENTARIOS Y DE CÓMPUTO INSTALADOS DEBERÁN CUMPLIR CON LOS NIVELES DE SERVICIO PARA EL PROCESO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA O SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN EN EQUIPOS AUTOMATIZADOS, SEMIAUTOMATIZADOS O MANUALES, CONFORME A LO ESPECIFICADO EN LOS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL EQUIPAMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL SMI, CONSIDERANDO QUE SE DEBERÁ ENTREGAR POR CADA EQUIPO, REGULADORES DE ENERGÍA (UPS) QUE SOPORTE MÍNIMO 30 MINUTOS PARA ASEGURAR LA CONTINUIDAD DEL PROCESAMIENTO DE PROCEDIMIENTOS/ESTUDIOS Y QUE DEBERÁN ESTAR DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS DE CADA EQUIPO.

EN CASO DE QUE EL EQUIPO NO SE ENCUENTRE EN PLENA CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO, SE LEVANTARÁ EL ACTA INFORMATIVA PARA DEJAR CONSTANCIA DE LOS MOTIVOS Y RAZONES DE LA NO ACEPTACIÓN DEL EQUIPO, FIRMANDO LA MISMA POR EL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN Y EL ING. BIOMÉDICO, CONSIDERÁNDOSE COMO NOTIFICADO EL PARTICIPANTE ADJUDICADO CORRESPONDIENTE A PARTIR DE ESE MOMENTO, A TRAVÉS DE LA PERSONA QUE







HAYA DESIGNADO Y ANTE QUIEN SE REALICE LA VERIFICACIÓN EN COMENTO. LA FALTA DE FIRMA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENLACE DEL PARTICIPANTE NO INVÁLIDA EL CONTENIDO DEL ACTA INFORMATIVA. POR LO ANTERIOR EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ PROCEDER A LA SUSTITUCIÓN INMEDIATA DE LOS EQUIPOS CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS Y REALIZAR DE NUEVA CUENTA LAS PRUEBAS DE VERIFICACIÓN UNA VEZ INSTALADO. LO CUAL DEBERÁ REALIZARSE DENTRO DEL PLAZO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES ESTABLECIDOS PARA EL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

LOS REACTIVOS, CONTROLES, CALIBRADORES Y CONSUMIBLES UTILIZADOS PARA LA VERIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR EL FABRICANTE, SERÁN SUMINISTRADOS POR EL PARTICIPANTE ADJUDICADO Y NO SE CONSIDERARÁN COMO PARTE DE LA DOTACIÓN PARA LOS PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS.

LAS ACCIONES CORRESPONDIENTES PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN LA PUESTA EN OPERACIÓN DEL SERVICIO NO IMPUTABLES AL INSTITUTO O AL PARTICIPANTE ADJUDICADO A LA PARTIDA, ÉSTE DEBERÁ REPORTARLO POR ESCRITO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO A MÁS TARDAR AL TERCER DÍA NATURAL EN QUE OCURRAN, ADJUNTANDO SU ACREDITACIÓN, PARA EVALUAR LA PROCEDENCIA A FIN DE ESTAR EN CONDICIONES DE PRONUNCIARSE SEGÚN CORRESPONDA, Y A FIN DE DAR POR RECIBIDO EL EQUIPO CUANDO LAS CAUSAS QUE GENERARON EL RETRASO EN LA RECEPCIÓN QUEDEN RESUELTAS.

MEJORA TECNOLÓGICA. EN CASO DE QUE EN LA PUESTA A PUNTO O DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, SE REQUIERAN MEJORAS TECNOLÓGICAS EN LOS MODELOS DE LOS EQUIPOS INSTALADOS, EN CASO DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SUPUESTOS:

CAMBIO DE EQUIPO DE MENOR RENDIMIENTO (PROCESAMIENTO DE MÁS BAJO VOLUMEN DE ESTUDIOS) A MAYOR RENDIMIENTO (PROCESAMIENTO DE MÁS ALTO VOLUMEN DE ESTUDIOS);

CAMBIO DE METODOLOGÍA A UNA DE MAYOR SENSIBILIDAD/ESPECIFICIDAD (ANALÍTICA Y/O DIAGNÓSTICA) EN EL PROCEDIMIENTO;

CAMBIO POR PRESENTAR MÁS DE 2 (DOS) REPORTE DE FALLAS IMPUTABLES AL EQUIPO, POR DESPERFECTOS O MAL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS EN UN PERÍODO DE 30 DÍAS NATURALES O ACUMULAR 4 (CUATRO) REPORTE DE FALLAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO;

CAMBIO POR PÉRDIDA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO;

ACTUALIZACIÓN O SUSTITUCIÓN DE HARDWARE O SOFTWARE DE LOS EQUIPOS CONSIDERADOS EN EL ANEXO T3 "EQUIPAMIENTO".

EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, EN CASO DE PRESENTARSE ALGUNO DE LOS SUPUESTOS ANTERIORMENTE ENLISTADOS, SOLICITARÁ MEDIANTE OFICIO A LA CPSMA/CTSMI LA MEJORA TECNOLÓGICA, ADJUNTANDO EL ANEXO T10 "MEJORA TECNOLÓGICA", LA CTSMI NOTIFICARÁ AL PARTICIPANTE ADJUDICADO, LE NECESIDAD DE REEMPLAZAR EL EQUIPO POR OTRO DE LOS EVALUADOS EN SU PROPUESTA TÉCNICA U OTRO QUE CUMPLA COMO MÍNIMO LO CORRESPONDIENTE AL ANEXO T3.1 "ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL EQUIPAMIENTO", PARA LO QUE SE SOLICITARÁ REALICE UNA PROPUESTA DE MARCA Y MODELO, ASÍ COMO EL TIEMPO ESTIMADO PARA LA INSTALACIÓN DEL EQUIPO, APORTANDO LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA LA REVISIÓN; EN CASO DE SER PROCEDENTE LA SOLICITUD DE MEJORA TECNOLÓGICA, SE NOTIFICARÁ AL PARTICIPANTE ADJUDICADO A Y AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO PARA QUE PROCEDAN A REALIZAR EL CAMBIO DEL(LOS) EQUIPO(S), INSTALACIÓN, VERIFICACIÓN, ENLACE CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR ADJUDICADO A LA PARTIDA, EL SUMINISTRO DE LOS BIENES DE CONSUMO NECESARIOS PARA SU OPERACIÓN, Y OTORGAR LA CAPACITACIÓN AL PERSONAL DEL INSTITUTO, SIN MODIFICAR EL PRECIO UNITARIO DEL PROCEDIMIENTO, SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO, EN EL PERÍODO DE TIEMPO ACORDADO, SIN AFECTAR LA CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ ELABORAR PARA CADA EQUIPO SUSTITUIDO POR MEJORA TECNOLÓGICA, EL ANEXO T4.1 "CÉDULA PUESTA A PUNTO" DEBIDAMENTE REQUISITADA EN CADA UNO DE SUS INCISOS, ADJUNTANDO EVIDENCIA FOTOGRÁFICA Y FORMALIZARLA EN CONJUNTO CON EL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, DENTRO DE LOS 7 (SIETE) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DEL SIGUIENTE DÍA DE INSTALADO, MISMOS QUE DEBERÁ ENTREGAR EN ORIGINAL AL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN Y EN COPIA DIGITAL A LA CPSMA/CTSMI AL CORREO ELECTRÓNICO CTSI.BS@IMSS.GOB.MX.

BIENES DE CONSUMO.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ ENTREGAR LOS BIENES DE CONSUMO PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS/ESTUDIOS DEL SMI DE BANCO DE SANGRE, ESTABLECIDOS EN EL CATÁLOGO DE PROCEDIMIENTOS/ESTUDIOS, EL ANEXO T1 (UNO) "REQUERIMIENTO DEL SMI DE BS", LAS CUALES PODRÁN AJUSTARSE DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DE CADA UNIDAD MÉDICA, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN TÉRMINOS DE LO ESTABLECIDO EN LOS MANUALES DE LOS EQUIPOS QUE OFERTE, SIENDO EL RESPONSABLE DE SU RECEPCIÓN PERIÓDICA EL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN MEDIANTE EL ANEXO T6 "CÉDULA DE CONTROL DE BIENES DE CONSUMO". LOS HORARIOS DE RECEPCIÓN DE LOS BIENES DE CONSUMO SERÁN DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 13:00 HORAS, EN DÍAS HÁBILES PARA EL INSTITUTO.







DEBIENDO CONSIDERAR COMO BIENES DE CONSUMO LOS SIGUIENTES:

REACTIVOS.

CONTROLES.

CALIBRADORES.

CONSUMIBLES.

TODOS LOS BIENES DE CONSUMO, QUE EL PARTICIPANTE ADJUDICADO CONSIDERE EN SU PROPUESTA PARA LA PARTIDA, DEBERÁN SER ORIGINALES Y PRESENTARSE

LISTOS PARA SER UTILIZADOS, LOS CUALES DEBERÁN SER COMPATIBLES CON LOS EQUIPOS QUE OFERTEN PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y CORRESPONDERÁN A LOS NIVELES NECESARIOS PARA OBTENER RESULTADOS PRECISOS, DE ACUERDO A LO MANIFESTADO POR EL FABRICANTE DEL PRODUCTO, DEBERÁN SER DE ORIGEN NACIONAL O DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LOS TRATADOS DE LIBRE COMERCIO VIGENTES SUSCRITOS POR MÉXICO.

PARA LOS BIENES DE CONSUMO, EL PARTICIPANTE ADJUDICADO, DEBERÁN CONSIDERAR UNA VIGENCIA DE AL MENOS 6 (SEIS) MESES DE CADUCIDAD, A EXCEPCIÓN DE AQUELLOS QUE TENGAN COMO COMPONENTE CÉLULAS SANGUÍNEAS (CONTROLES) PARA LOS CUALES LA VIGENCIA DEBERÁ SER DE AL MENOS 30 (TREINTA) DÍAS.

EN EL CASO QUE LOS PARTICIPANTES PROPONGAN BIENES DE CONSUMO QUE REQUIERAN TEMPERATURAS DE CONSERVACIÓN EN RANGOS DE TEMPERATURA DE REFRIGERACIÓN O CONGELACIÓN DEBERÁN CONSIDERAR Y PROPORCIONAR EL EQUIPO REFRIGERADOR/CONGELADOR NECESARIO PARA ESTE FIN, DE TAMAÑO Y CAPACIDAD DE ACUERDO A LAS CANTIDADES DE INSUMOS QUE SE ENTREGUEN EN CADA UNIDAD MÉDICA Y A LA DISPONIBILIDAD DE ESPACIO.

LOS BIENES DE CONSUMO NO DEBERÁN OSTENTAR LAS LEYENDAS "ONLY EXPORT" NI "ONLY INVESTIGATION", SER DESCONTINUADOS O NO SE AUTORIZA SU USO EN EL PAÍS DE ORIGEN, PORQUE HAYAN SIDO MOTIVO DE ALERTAS QUE INSTRUYAN SU RETIRO DEL MERCADO O DE CONCENTRACIONES POR PARTE DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS.

ENTREGA INICIAL. LA PRIMERA DOTACIÓN DE BIENES DE CONSUMO CORRESPONDERÁ EN CANTIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE LA CANTIDAD MÁXIMA DE PROCEDIMIENTOS/ESTUDIOS QUE SE REALIZAN EN 45 (CUARENTA Y CINCO) DÍAS, CONFORME SE ESTABLECE EN EL ANEXO T1 (UNO) "REQUERIMIENTO DEL SMI DE BS" Y QUE DEBERÁ ENTREGARSE COMO MÍNIMO ANTES DE A LA PUESTA EN OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS Y AL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

ENTREGAS SUBSECUENTES. SE DEBERÁN REALIZAR CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA UNIDAD MÉDICA CONSIDERANDO SU CONSUMO PROMEDIO MENSUAL HISTÓRICO Y EL REABASTECIMIENTO DEL STOCK INICIAL PARA 45 DÍAS.

BIENES DE CONSUMO PARA PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD INTERNO Y EXTERNO. PARA LAS PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD INTERNO Y EXTERNO, LOS PARTICIPANTES ADJUDICADOS DEBERÁN CONSIDERAR LO SIGUIENTE:

PARA EL CONTROL DE CALIDAD INTERNO, DEBERÁ ENTREGAR LOS INSUMOS NECESARIOS, CONSIDERANDO CUANDO MENOS UNA CORRIDA DIARIA O DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE DEL EQUIPO/REACTIVO Y A LA PRODUCTIVIDAD DE CADA BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN.

PARA EL CONTROL DE CALIDAD EXTERNO, DEBERÁ ENTREGAR LOS VIALES DEL PANEL EN LAS CONDICIONES DE TEMPERATURA, TRASLADO Y TIEMPOS INDICADAS POR EL FABRICANTE, PARA CADA GRUPO DE ESTUDIOS, CON LA PERIODICIDAD QUE ESTABLEZCA EL PROGRAMA AL QUE SE INSCRIBA.

CONSIDERAR TODO LO SEÑALADO EN EL NUMERAL 5 CONTROL DE CALIDAD.

LOS INSUMOS SEÑALADOS ANTERIORMENTE PARA EL CONTROL DE CALIDAD INTERNO Y EXTERNO, NO SE CONSIDERARÁN COMO PARTE DE LA DOTACIÓN DE INICIO NI SUBSECUENTE PARA LOS PROCEDIMIENTOS/ESTUDIOS REQUERIDOS Y NO TENDRÁN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO.

VISITA DE MONITOREO. EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ REALIZAR VISITAS DE MONITOREO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, CON UNA FRECUENCIA MÍNIMA CADA 7 (SIETE) DÍAS NATURALES, DE LUNES A VIERNES EN UN HORARIO ENTRE LAS 09:00 HORAS Y LAS 14:00 HORAS EN LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA, EN LA CUAL OTORGARÁ EL APOYO LOGÍSTICO DEL SERVICIO CUANDO ASÍ SE REQUIERA Y COTEJARÁ LA PRODUCTIVIDAD REGISTRADA VERIFICANDO ADEMÁS LA EXISTENCIA DE LOS BIENES DE CONSUMO, A FIN DE ASEGURAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SIN INTERRUPCIONES POR FALTA DE INSUMOS.

ENTREGAS URGENTES: LOS PARTICIPANTES ADJUDICADOS DEBERÁN REALIZAR, CONFORME A LAS NECESIDADES DE CADA BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS EN LA(S) PARTIDA(S) ADJUDICADA(S), LA ENTREGA DE LOS BIENES DE CONSUMO DE AQUELLOS QUE SE HAYAN AGOTADO ANTES DE LA SIGUIENTE FECHA DE DOTACIÓN CONSIDERADAS EN LAS ENTREGAS SUBSECUENTES, A SOLICITUD DEL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DENTRO DE LAS 24 (VEINTICUATRO) HORAS SIGUIENTES AL DE LA HORA DE LA SOLICITUD REALIZADA;

EN CASO DE NO CONTAR CON LOS BIENES DE CONSUMO NECESARIOS PARA REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS/ESTUDIOS EN SITIO, EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ REALIZAR EL TRASLADO, PROCESAMIENTO DE LAS UNIDADES DE SANGRE/MUESTRAS Y ENTREGA DE COMPONENTES SANGUÍNEOS/RESULTADOS CONFORME A LO SEÑALADO.







LUGAR Y HORARIO DE ENTREGA. LAS ENTREGAS DEBERÁN REALIZARSE EN LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA, EN EL DOMICILIO SEÑALADO. LOS HORARIOS DE RECEPCIÓN DE LOS BIENES DE CONSUMO SERÁN DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 13:00 HORAS, EN DÍAS HÁBILES PARA EL INSTITUTO.

BIENES DE CONSUMO DESPERDICIAOS. EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ REPONER LOS BIENES DE CONSUMO DESPERDICIAOS DERIVADO DE ALGUNA FALLA EN EL PROCESO O EN LOS EQUIPOS, EN UN LAPSO NO MAYOR A 24 (VEINTICUATRO) HORAS CONTADAS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN POR PARTE DEL JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, A TRAVÉS DEL FORMATO CONTENIDO EN EL ANEXO T5.1 "REPORTE DE FALLA DE LOS EQUIPOS".

DEVOLUCIÓN Y REPOSICIÓN DE BIENES DE CONSUMO. EL INSTITUTO SOLICITARÁ AL PARTICIPANTE ADJUDICADO, LA REPOSICIÓN DE LOS BIENES DE CONSUMO QUE PRESENTEN DEFECTOS A SIMPLE VISTA O DE FABRICACIÓN, ESPECIFICACIONES DISTINTAS A LAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO, IDENTIFICADAS POSTERIOR A LA ENTREGA, O DE CALIDAD INFERIOR A LA PROPUESTA O CON VICIOS OCULTOS, O BIEN, CUANDO EL ÁREA USUARIA MANIFIESTE ALGUNA QUEJA EN EL SENTIDO DE QUE EL USO DEL BIEN PUEDE AFECTAR LA CALIDAD DEL SERVICIO CONFORME AL ANEXO T6.1 "DEVOLUCIÓN Y REPOSICIÓN", Y A SU VEZ SE NOTIFICARÁ AL PARTICIPANTE ADJUDICADO POR ESCRITO Y CORREO ELECTRÓNICO A LA PERSONA DESIGNADA POR ESTE, A TRAVÉS DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, EL CUAL CONTARÁ A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA NOTIFICACIÓN, CON UN PLAZO MÁXIMO DE 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES, PARA REALIZAR LA REPOSICIÓN DE LOS BIENES DE CONSUMO, SIN QUE LAS SUSTITUCIONES IMPLIQUEN SU MODIFICACIÓN Y A ENTERA SATISFACCIÓN DEL INSTITUTO, EN CASO CONTRARIO EL PARTICIPANTE ADJUDICADO A LA PARTIDA DEBERÁ REALIZAR EL TRASLADO, PROCESAMIENTO DE LOS ESTUDIOS Y ENTREGA DE RESULTADOS CONFORME A LO SEÑALADO EN EL NUMERAL 7 "BANCOS DE SANGRE CONCENTRADORES" ESTABLECIDO EN EL PRESENTE ANEXO TÉCNICO.

SUSPENSIÓN/INHABILITACIÓN. EN CASO DE QUE LAS AUTORIDADES SANITARIAS (COFEPRIS O SECRETARÍA DE SALUD) SUSPENDAN O INHABILITEN EL REGISTRO SANITARIO DE ALGUNO DE LOS BIENES DE CONSUMO OFERTADOS POR ALGÚN PARTICIPANTE ADJUDICADO, EL INSTITUTO PROCEDERÁ A LA DEVOLUCIÓN O CANJE EN TÉRMINOS DE LOS ESTABLECIDO EN EL PUNTO ANTERIOR, LO CUAL APLICARÁ PARA LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN EN DONDE SE HAYAN ENTREGADO DICHOS BIENES DE CONSUMO PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS O ESTUDIOS MOTIVO DE ESTE SERVICIO.

EN CASO DE QUE EL PARTICIPANTE ADJUDICADO NO PUEDA REPONER LOS BIENES DE CONSUMO COMPATIBLES CON LOS EQUIPOS INSTALADOS DE ACUERDO A SU OFERTA, DEBERÁ SUSTITUIR EL EQUIPO, EQUIPO COMPLEMENTARIO Y/O ACCESORIOS POR ALGUNO DE LOS OFERTADOS Y ACEPTADOS EN EL PROCESO LICITATORIO, ASÍ COMO LOS BIENES DE CONSUMO COMPATIBLES CON ESTOS, EN UN PLAZO NO MAYOR A 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE SU NOTIFICACIÓN, DE LA MISMA MANERA, DEBERÁ REALIZAR EL TRASLADO, PROCESAMIENTO DE LOS ESTUDIOS Y ENTREGA DE RESULTADOS CONFORME A LO SEÑALADO EN EL NUMERAL 7 "BANCOS DE SANGRE CONCENTRADORES" ESTABLECIDO EN EL PRESENTE ANEXO TÉCNICO, QUE PERMITA CONTINUAR CON EL OTORGAMIENTO DEL SERVICIO Y EL FUNCIONAMIENTO DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN.

EN CASO DE QUE ALGUNO DE LOS EQUIPOS O BIENES DE CONSUMO OFERTADOS Y ACEPTADOS DURANTE ESTE PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN, PIERDA LA VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO CORRESPONDIENTE DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ SUSTITUIR EL EQUIPO, EQUIPO COMPLEMENTARIO Y/O ACCESORIOS POR OTRO DE LOS OFERTADOS Y ACEPTADOS EN EL PROCESO LICITATORIO O INFORMAR AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO PARA QUE REALICE EL TRÁMITE DE MEJORA TECNOLÓGICA, ASÍ COMO LOS BIENES DE CONSUMO COMPATIBLES CON ESTOS, EN UN PLAZO NO MAYOR A 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE SU NOTIFICACIÓN.

DAÑOS Y/O PERJUICIOS. EL PARTICIPANTE ADJUDICADO SE OBLIGA A RESPONDER POR SU CUENTA Y RIESGO DE LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS QUE POR INOBSERVANCIA O NEGLIGENCIA DE SU PARTE, LLEGUE A CAUSAR AL INSTITUTO Y/O TERCEROS.

LA TRANSPORTACIÓN DE LOS BIENES DE CONSUMO, LAS MANIOBRAS DE CARGA Y DESCARGA EN EL LUGAR QUE SE DETERMINE POR EL JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, CORRERÁ A CARGO Y CUENTA DEL PARTICIPANTE ADJUDICADO Y SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO.

EL DESEMPEÑO DE LOS BIENES DE CONSUMO A SUMINISTRAR, CON LOS EQUIPOS A INSTALAR PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DEBERÁN SER COMPATIBLES ENTRE SÍ Y CORRESPONDERÁN A LOS NIVELES NECESARIOS PARA OBTENER RESULTADOS PRECISOS Y EXACTOS, DE ACUERDO A LO MANIFESTADO POR EL FABRICANTE DEL PRODUCTO.

LOS BIENES DE CONSUMO NO DEBERÁN OSTENTAR LAS LEYENDAS "ONLY EXPORT" NI "ONLY INVESTIGATION", DESCONTINUADOS O NO SE AUTORICE SU USO EN EL PAÍS DE ORIGEN, PORQUE HAYAN SIDO MOTIVO DE ALERTAS QUE INSTRUYAN SU RETIRO DEL MERCADO O DE CONCENTRACIONES POR PARTE DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y DEBERÁN SER DE ORIGEN NACIONAL O DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LOS TRATADOS DE LIBRE COMERCIO VIGENTES SUSCRITOS POR MÉXICO.

EN CASO DE NO ESTAR EN CONDICIONES DE OPERAR ALGUNO DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA O SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, POR LA FALTA DE BIENES DE CONSUMO, IMPUTABLE AL PARTICIPANTE ADJUDICADO, ESTE PRESTARÁ EL SERVICIO A TRAVÉS DE LOS BANCOS DE SANGRE CONCENTRADORES O DE OTRO BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DEL INSTITUTO POR UN PLAZO MÁXIMO DE 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES, DE COMÚN ACUERDO CON AMBOS JEFES O ENCARGADOS DE LOS SERVICIOS INVOLUCRADOS, SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO







## CONTROL DE CALIDAD.

LOS PARTICIPANTES ADJUDICADOS, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, ANALIZARÁ PERIÓDICAMENTE EN CONJUNTO CON EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO, LOS RESULTADOS QUE DERIVEN DE LA APLICACIÓN DEL CONTROL DE CALIDAD INTERNO (HEMATOLOGÍA, INMUNOHEMATOLOGÍA, SEROLOGÍA, COAGULACIÓN, ETC. SEGÚN EL PAQUETE QUE CORRESPONDA), ASÍ COMO DE LA PARTICIPACIÓN A LOS PROGRAMAS DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO A LOS QUE SEAN INSCRITOS POR PARTE DEL PARTICIPANTE ADJUDICADO, ASÍ COMO LOS RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN AL PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DEL CNTS, A FIN DE TOMAR MEDIDAS CORRECTIVAS EN SU CASO, DANDO CUMPLIMIENTO A LA NOM-253-SSA1-2012.

### CONTROL DE CALIDAD INTERNO

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ DOTAR DE LOS INSUMOS PARA LA REALIZACIÓN DEL CONTROL DE CALIDAD INTERNO PARA CADA UNO DE LOS EQUIPOS ANALIZADORES QUE PROPORCIONE, ANTES DE LA PUESTA EN OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS Y AL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN DEL EQUIPAMIENTO.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ CONSIDERAR MÍNIMO PARA UNA CORRIDA POR DÍA:

CONTROL DE CALIDAD INTERNO PROPIO DE CADA EQUIPO, PARA LOS ESTUDIOS DE:

ANTÍGENO DE SUPERFICIE DEL VIRUS B DE LA HEPATITIS

ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS C DE LA HEPATITIS

ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA TIPOS 1 Y 2 Y ANTÍGENO P24

ANTICUERPOS CONTRA TREPONEMA PALLIDUM

ANTICUERPOS CONTRA TRYPANOSOMA CRUZI

ANTICUERPOS CONTRA BRUCELLA

PARA LAS PRUEBAS DE SEROLOGÍA, DEBERÁ ENTREGAR CONTROLES: NEGATIVO Y POSITIVO.

PARA LOS ESTUDIOS DE VIH, VHBS, VHC, TREPONEMA Y TRYPANOSOMA, DEBERÁ ENTREGAR ADICIONAL A LO ANTERIOR, UN CONTROL DÉBIL POSITIVO.

ADICIONAL AL QUE INCLUYE EL FABRICANTE (ESTE ÚLTIMO CON UN VALOR QUE NO EXCEDA TRES VECES EL PUNTO DE CORTE Y TRAZADO A UN PATRÓN INTERNACIONAL DE ACUERDO A LOS NUMERALES 9.4.9.1, 9.4.10.1, 9.4.11.1, 9.4.12.1, 9.4.14.1 Y A LA TABLA 40 DE LA NOM-253-SSA1-2012), QUE SERÁN UTILIZADOS AL INICIO DE CADA CORRIDA O CUANDO SE CONSIDERE NECESARIO.

DE FORMA ADICIONAL, EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ CONSIDERAR LA DOTACIÓN DEL CONTROL DE CALIDAD INTERNO PARA LOS DEMÁS EQUIPOS ANALIZADORES (HEMATOLOGÍA, COAGULACIÓN) Y LA INSCRIPCIÓN A SU RESPECTIVO CONTROL DE CALIDAD EXTERNO.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ PROPORCIONAR INSUMOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD INTERNO DE LOS ESTUDIOS DE INMUNOHEMATOLOGÍA, DE ACUERDO A LA NOM-253-SSA1-2012. DEBERÁ CONSIDERAR QUE EL CONTROL DE CALIDAD INTERNO CONSTA DE: AVIDEZ, ESPECIFICIDAD, POTENCIA Y TITULACIÓN, POR LO QUE DEBERÁ CONSIDERAR LA MERMA EN ESTAS PRUEBAS.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO PARA LAS PRUEBAS AMPLIFICACIÓN DE ÁCIDOS NUCLEICOS DEBERÁ PROPORCIONAR CONTROLES POSITIVOS TRAZADOS A UN PATRÓN INTERNACIONAL Y NEGATIVOS PARA SER UTILIZADOS EN CADA CORRIDA PARA EL CONTROL INTERNO DIARIO.

EL INSTITUTO PODRÁ REALIZAR DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, EVALUACIONES ANALÍTICAS Y DE ATRIBUTOS A LOS EQUIPOS Y REACTIVOS CON LOS QUE SE ESTÉ PROPORCIONANDO LOS SERVICIOS, PARA ACEPTAR AQUELLOS QUE CUMPLAN CON LAS ESPECIFICACIONES REQUERIDAS Y RECHAZAR AQUELLOS QUE SE ENCUENTREN FUERA DE ESPECIFICACIONES.

### CONTROL DE CALIDAD EXTERNO

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ INSCRIBIR A LOS BANCOS DE SANGRE, BANCOS DE SANGRE CONCENTRADORES Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN INCLUIDOS EN LA(S) PARTIDA(S) ADJUDICADA(S) CONFORME AL ANEXO T2 "DIRECTORIO DEL SMI DE BS", A UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO, DEBIENDO ENTREGAR LA CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, A MÁS TARDAR EL DÍA 30 (TREINTA) NATURAL CONTADO A PARTIR DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ ASEGURAR EL PAGO DE INSCRIPCIÓN PARA TODOS LOS BANCOS DE SANGRE, BANCOS DE SANGRE CONCENTRADORES Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, EN EL MOMENTO EN QUE LOS RESPONSABLES SANITARIOS O JEFS O ENCARGADOS DE LOS SERVICIOS REALICEN EL TRÁMITE DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO QUE APLICA EL CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA (CNTS), PARA LO QUE DEBERÁ REALIZAR EL PAGO DE LA INSCRIPCIÓN A DICHO PROGRAMA, A MÁS TARDAR 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES DESPUÉS DE QUE LE SEA SOLICITADO, DEBIENDO ENTREGAR LA CONSTANCIA DE PAGO AL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN. EN CASO DE QUE EL RESPONSABLE O ENCARGADO O JEFE DEL SERVICIO NO REALICEN EL TRÁMITE DE INSCRIPCIÓN, NO SERÁ SANCIONABLE ESTE NIVEL DE SERVICIO POR SER UNA CAUSA NO IMPUTABLE AL PARTICIPANTE ADJUDICADO.

LOS PROVEEDORES DE LOS PROGRAMAS DE CONTROL EXTERNO DE LA CALIDAD, DEBERÁN CONTAR CON EL RECONOCIMIENTO DE SU CAPACIDAD TÉCNICA Y CONFIABILIDAD POR UNA ENTIDAD DE ACREDITACIÓN COMO PROVEEDOR DE ENSAYOS DE APTITUD.







PARA TODOS LOS CASOS DE INSCRIPCIÓN A PROGRAMAS DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO, EL PARTICIPANTE ADJUDICADO, DEBERÁ ENVIAR A LA CPSMA/CTSMI, COPIA DIGITAL DE LA CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN A LA DIRECCIÓN ELECTRÓNICA CTSI.BS@IMSS.GOB.MX A MÁS TARDAR EL DÍA 30 (TREINTA) NATURAL CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO; PARA EL CASO DEL PAGO DE INSCRIPCIÓN AL CONTROL DE CALIDAD DEL CNTS, EL PARTICIPANTE ADJUDICADO, DEBERÁ ENVIAR A LA CPSMA/CTSMI, COPIA DIGITAL DEL COMPROBANTE DE PAGO DE INSCRIPCIÓN A LA DIRECCIÓN ELECTRÓNICA CTSI.BS@IMSS.GOB.MX A MÁS TARDAR EL DÍA 30 (TREINTA) NATURAL CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO Y DE FORMA ANUAL CUANDO LE SEA SOLICITADO.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, ANALIZARÁ CONJUNTAMENTE CON ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, PERIÓDICAMENTE PARA EL CONTROL DE CALIDAD INTERNO, Y EN SU CASO, CADA CICLO PARA EL CONTROL DE CALIDAD EXTERNO Y DEL PROGRAMA DEL CNTS, LOS RESULTADOS DERIVADOS DE LAS EVALUACIONES, CON EL FIN DE TOMAR MEDIDAS EN SU CASO, REGISTRANDO TODAS LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS EFECTUADAS, PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA NOM-253-SSA1-2012.

TRASLADO DE MUESTRAS.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ REALIZAR EL TRASLADO DE MUESTRAS Y DOCUMENTACIÓN RESPECTIVA DE CADA UNO, EN COORDINACIÓN CON LOS JEFES O ENCARGADOS DE LOS BANCOS DE SANGRE, BANCOS DE SANGRE CONCENTRADORES, CENTROS DE COLECTA PARA LAS PRUEBAS CONFIRMATORIAS DE SEROLOGÍA, MUESTRAS/UNIDADES PARA EL CONTROL DE CALIDAD Y AMPLIFICACIÓN DE ÁCIDOS

NUCLEICOS (NAT) (SOLO UMAE), DE LOS CENTROS DE COLECTA A LOS BANCOS DE SANGRE Y DE LOS BANCOS DE SANGRE (BS) A LOS BANCOS DE SANGRE CONCENTRADORES (BSC).

BANCOS DE SANGRE CONCENTRADORES.

LAS MUESTRAS DOBLEMENTE REACTIVAS A LAS PRUEBAS DE SEROLOGÍA, LAS DE CONTROL DE CALIDAD DE SANGRE TOTAL, HEMOCOMPONENTES Y AFÉRESIS, ASÍ COMO LAS MUESTRAS PARA ESTUDIOS DE AMPLIFICACIÓN DE ÁCIDOS NUCLEICOS, SE PROCESARÁN EN LOS BANCOS DE SANGRE CONCENTRADORES, DE ACUERDO AL ANEXO T2 "DIRECTORIO DEL SMI DE BS", HOJA BANCOS CONCENTRADORES.

EL RESPONSABLE DE CADA BANCO DE SANGRE CONCENTRADOR NOTIFICARÁ, A LOS RESPONSABLES DE LOS BANCOS DE SANGRE, LA DOCUMENTACIÓN Y CONDICIONES DE ENVÍO DE LAS MUESTRAS PARA LAS PRUEBAS CONFIRMATORIAS, DE CONTROL DE CALIDAD DE SANGRE TOTAL, HEMOCOMPONENTES Y AFÉRESIS Y DE LOS ESTUDIOS DE AMPLIFICACIÓN DE ÁCIDOS NUCLEICOS (SOLO UMAE), PARA SU TRASLADO POR PARTE DE LA EMPRESA ADJUDICADA A LA PARTIDA.

UNA VEZ VALIDADOS LOS RESULTADOS, DEBERÁN REGISTRARSE EN EL SISTEMA INFORMÁTICO DEL PROVEEDOR ADJUDICADO, DENTRO DE LAS SIGUIENTES 24 HORAS PARA QUE PUEDAN SER CONSULTADOS POR EL BANCO DE SANGRE QUE ENVIÓ, Y DE ESTA MANERA SE PUEDAN LIBERAR LAS UNIDADES DE SANGRE, HEMOCOMPONENTES Y AFÉRESIS QUE SE ENCUENTRAN EN CUARENTENA. ADEMÁS, DEBERÁN ENVIARSE A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO, ACORDE A LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE BANCO DE SANGRE SEGÚN LA ETIMSS 5640-023-002 VIGENTE.

CONTROL DE CALIDAD DE SANGRE TOTAL, HEMOCOMPONENTES Y AFÉRESIS.

LOS PARTICIPANTES ADJUDICADOS DEBERÁN CONSIDERAR LOS ESTUDIOS QUE SE REALIZARÁN PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE LAS UNIDADES DE SANGRE TOTAL, HEMOCOMPONENTES Y AFÉRESIS, LAS CUALES SE CONCENTRARÁN PARA SU REALIZACIÓN EN LOS BANCOS DE SANGRE CONCENTRADORES EN DONDE SE RECIBIRÁN DE ACUERDO AL ANEXO T2 "DIRECTORIO DEL SMI DE BS", HOJA BANCOS CONCENTRADORES, DEBIENDO REGISTRARSE ESTA SOLICITUD DE PROCESAMIENTO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR ADJUDICADO, TANTO DEL BANCO DE SANGRE SOPARTICIPANTE COMO EN EL QUE LO PROCESA, PARA LO CUAL, LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEBERÁN ESTAR EN RED INSTITUCIONAL.

LOS ESTUDIOS A REALIZAR EN LAS BOLSAS DE SANGRE TOTAL Y EN CADA COMPONENTE, COMO MÍNIMO, SERÁN EN LAS CANTIDADES, FRECUENCIA Y ESTUDIOS ESPECIFICADOS EN LA NOM-253-SSA1-2012.

CONTROL DE CALIDAD EN HEMOCOMPONENTES: ACTIVIDADES Y TÉCNICAS OPERATIVAS DESARROLLADAS PARA CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE CALIDAD A CONTINUACIÓN ESTABLECIDOS:

SANGRE TOTAL: PESO/VOLUMEN, HEMOGLOBINA (EN CASO DE USARSE PARA TRANSFUSIÓN), HEMÓLISIS AL TÉRMINO DE SU VIGENCIA Y CONTROL BACTERIOLÓGICO (AEROBIOS, ANAEROBIOS, HONGOS Y LEVADURAS) EN CASO DE NO SER FRACCIONADA;

CONCENTRADO ERITROCITARIO: PESO/VOLUMEN, HEMATOCRITO, HEMOGLOBINA (EXCEPTO CONCENTRADOS ERITROCITARIOS OBTENIDOS POR AFÉRESIS), LEUCOCITOS RESIDUALES, HEMÓLISIS AL TÉRMINO DE LA VIGENCIA Y CONTROL BACTERIOLÓGICO (AEROBIOS, ANAEROBIOS, HONGOS Y LEVADURAS) AL FINAL DEL PROCESAMIENTO;







CONCENTRADO DE PLAQUETAS UNITARIOS, MEZCLAS DE UNIDADES U OBTENIDAS POR AFÉRESIS: PESO/VOLUMEN, CONTENIDO DE PLAQUETAS, LEUCOCITOS RESIDUALES, PH AL TÉRMINO DE SU VIGENCIA Y CONTROL BACTERIOLÓGICO (AEROBIOS, ANAEROBIOS, HONGOS Y LEVADURAS) AL FINAL DE SU PROCESAMIENTO;

PLASMA FRESCO: PESO/VOLUMEN, PROTEÍNAS TOTALES, FACTOR VIII C (EXCEPTO UNIDADES DE PLASMA DESPROVISTOS DE FACTORES LÁBILES) Y CONTEO DE CÉLULAS RESIDUALES PREVIO AL CONGELAMIENTO;

UNIDADES Y MEZCLAS DE CRIOPRECIPITADOS: PESO/VOLUMEN, FACTOR VIII C, FIBRINÓGENO Y FACTOR VON WILLEBRAND.

#### MANTENIMIENTOS.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ REALIZAR LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS A LA TOTALIDAD DE LOS EQUIPOS INSTALADOS, SIN COSTO ADICIONAL AL INSTITUTO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, CON LA FINALIDAD DE MANTENERLOS EN ÓPTIMAS CONDICIONES, GARANTIZANDO LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE MANERA ININTERRUMPIDA.

LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS, DEBERÁN CONSIDERAR MANO DE OBRA ESPECIALIZADA, REFACCIONES ORIGINALES, INSUMOS Y DEMÁS ACTIVIDADES QUE EN SU CASO SEAN NECESARIAS PARA LA CORRECTA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS INVOLUCRADOS Y DE LA INTERFAZ DE LOS EQUIPOS ANALIZADORES CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN.

#### MANTENIMIENTO PREVENTIVO

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO, A MÁS TARDAR EL DÍA 10 (DIEZ) NATURAL POSTERIOR A LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO, ENTREGARÁ AL JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, EL "PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO" (QUE SE PROPONE COMO EJEMPLO) DE CADA EQUIPO ENTREGADO E INSTALADO EN EL QUE ESPECIFICARÁ LA(S) FECHA(S) PARA LA REALIZACIÓN DEL(LOS) MANTENIMIENTO(S) PREVENTIVO(S) DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES Y RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE.

EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SE DEBERÁ PROPORCIONAR DE ACUERDO AL CALENDARIO PREVIAMENTE ESTABLECIDO EN DÍAS Y HORAS HÁBILES DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, CONSIDERANDO LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE DE LOS EQUIPOS (PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO RECOMENDADO POR EL FABRICANTE DE EQUIPOS), EN SU CASO REEMPLAZO DE PARTES ORIGINALES Y SU CALIBRACIÓN SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO, EN UN PLAZO MÁXIMO DE 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA SEÑALADA EN EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO"; EL MANTENIMIENTO SE PODRÁ ADELANTAR COMO MÁXIMO 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES ANTES DE LA FECHA ESTABLECIDA, SIN QUE ESTO SEA CONSIDERADO COMO UN INCUMPLIMIENTO AL NIVEL DE SERVICIO.

ES REQUISITO PARA EL PARTICIPANTE ADJUDICADO CUMPLIR LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS CON LA FINALIDAD DE MANTENER EL EQUIPO INSTALADO, EN ÓPTIMAS CONDICIONES, A EFECTO DE QUE EL INSTITUTO ESTE EN POSIBILIDAD DE REALIZAR SIN INTERRUPCIÓN, EN TIEMPO Y FORMA, Y CON RESULTADOS DE CALIDAD, LOS PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS EN EL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE.

AL FINALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO, EL PARTICIPANTE DEBERÁ ELABORAR UN REPORTE QUE ASEGURE EL CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO REALIZADO EN EL EQUIPO, RECABANDO EL VISTO BUENO DEL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, ADEMÁS DE REGISTRAR EN LA BITÁCORA DEL EQUIPO Y LA COLOCACIÓN DE ETIQUETA EN EL EQUIPO QUE INDIQUE LA FECHA DE REALIZACIÓN DEL MANTENIMIENTO, LA FECHA DEL PRÓXIMO MANTENIMIENTO Y EL NOMBRE DEL TÉCNICO QUE LO REALIZÓ.

#### MANTENIMIENTO CORRECTIVO

EL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN REPORTARÁ FALLAS O DESCOMPOSTURAS DE LOS EQUIPOS DE BANCO DE SANGRE, COMPLEMENTARIOS Y DE CÓMPUTO, PERIFÉRICOS O SISTEMA DE INFORMACIÓN AL ENLACE DESIGNADO POR EL PARTICIPANTE ADJUDICADO, VÍA CORREO ELECTRÓNICO Y/O TELEFÓNICA AL SOPORTE DE ASISTENCIA TÉCNICA, SIENDO OBLIGACIÓN DEL PRESTADOR DEL SERVICIO ASIGNAR EL FOLIO CORRESPONDIENTE, ASÍ MISMO, EL PERSONAL DEL INSTITUTO, DEBERÁ REGISTRAR EN LA BITÁCORA DEL EQUIPO EL REPORTE DE FALLA, EL CUAL DEBERÁ TENER FECHA Y HORA DE REPORTE, PERSONA QUE RECIBE EL REPORTE, PAQUETE/PARTIDA, EQUIPO, EQUIPO COMPLEMENTARIO, ACCESORIO O PERIFÉRICO REPORTADO, NÚMERO DE SERIE Y EL FOLIO DE REPORTE ASIGNADO, UTILIZANDO EL FORMATO CONTENIDO EN EL REPORTE DE FALLA DE LOS EQUIPOS". POR SU PARTE EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ ATENDER EL REPORTE Y EFECTUAR LAS REPARACIONES NECESARIAS, EN UN PLAZO MÁXIMO DE 48 (CUARENTA Y OCHO) HORAS SIGUIENTES, CONTADAS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DEL REPORTE QUE EL INSTITUTO REALICE.

EN CASO DE REQUERIRSE EL REEMPLAZO DE PARTES O PIEZAS POR EL DESGASTE O DAÑADAS, DEBERÁN SER NUEVAS Y ORIGINALES Y SIN COSTO PARA EL INSTITUTO.

EN CASO DE REPARACIONES MAYORES, EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ REALIZAR LA VALIDACIÓN/VERIFICACIÓN DEL EQUIPO QUE PRESENTÓ LA FALLA; SI DENTRO DEL PLAZO DE 48 (CUARENTA Y OCHO) HORAS, EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DETERMINA LA NECESIDAD DE SUSTITUIR EL EQUIPO Y/O PERIFÉRICO, LO DEBERÁ REPONER DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA NOTIFICACIÓN DEL REPORTE DE FALLA POR PARTE DEL INSTITUTO, POR OTRO DE IGUAL O MEJORES CARACTERÍSTICAS Y QUE







PROPORCIONE LOS MISMOS PARÁMETROS, SIN MODIFICAR EL PRECIO UNITARIO DEL PROCEDIMIENTO Y SIN INTERRUMPIR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y LA OPERACIÓN DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN.

EN CASO DE PRESENTARSE HASTA 2 (DOS) REPORTE DE FALLAS IMPUTABLES AL EQUIPO, POR DESPERFECTOS O MAL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS EN UN PERÍODO DE 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES O ACUMULAR 4 (CUATRO) REPORTE DE FALLAS LAS CUALES IMPLIQUEN LA INTERRUPCIÓN DEL SERVICIO O EL TRASLADO Y PROCESAMIENTO DE LAS MUESTRAS EN OTRO BANCO DE SANGRE O BANCO DE SANGRE CONCENTRADOR, EL PARTICIPANTE ADJUDICADO A LA PARTIDA DEBERÁ REALIZAR LA SUSTITUCIÓN E INSTALACIÓN DE UN EQUIPO DE IGUAL O MEJORES CARACTERÍSTICAS, EN UN PLAZO NO MAYOR A 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA NOTIFICACIÓN DEL REPORTE DE FALLA POR PARTE DEL INSTITUTO, SIN MODIFICAR EL PRECIO UNITARIO DEL PROCEDIMIENTO Y SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO; EN TODOS LOS CASOS, DEBERÁ ENTREGAR REACTIVOS, CONTROLES, CALIBRADORES, CONSUMIBLES, CATÁLOGOS, FOLLETOS, INSTRUCTIVOS Y MANUALES DE OPERACIÓN, ESTOS DEBERÁN ESTAR EN IDIOMA ESPAÑOL O TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL QUE EL INSTITUTO DESIGNE.

CUANDO POR CAUSAS RELATIVAS A LOS TRABAJOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO O CORRECTIVO, AMERITEN LA SUSPENSIÓN DE LA OPERACIÓN DE UNO O MÁS EQUIPOS, EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO CONSIDERANDO EL TRASLADO Y PROCESAMIENTO DE LAS MUESTRAS, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES, PREVIO ACUERDO CON EL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, EN OTRO BANCO DE SANGRE O BANCO DE SANGRE CONCENTRADOR, POR UN MÁXIMO DE 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES, EN TANTO SE REALIZAN LAS REPARACIONES O EN SU DEFECTO, DEBIENDO SUSTITUIR EL O LOS EQUIPOS POR OTRO(S) DE IGUAL O MEJORES CARACTERÍSTICAS, EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN EL PRESENTE ANEXO TÉCNICO.

#### CAPACITACIÓN.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ DE REALIZAR LA CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE INSTITUTO, POR PERSONAL ESPECIALIZADO. ESTA CAPACITACIÓN TENDRÁ COMO OBJETIVO GARANTIZAR, QUE EL PERSONAL IDENTIFIQUE LAS PARTES OPERATIVAS DE LOS EQUIPOS Y SU FUNCIONAMIENTO, ASÍ COMO LA UTILIZACIÓN Y EL MEJOR APROVECHAMIENTO DE LOS BIENES DE CONSUMO PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS Y ESTUDIOS MOTIVO DE ESTE SERVICIO, EL CUAL DEBERÁ CUMPLIR LOS REQUISITOS DESCRITOS EN EL PRESENTE ANEXO TÉCNICO. EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ PROPORCIONAR LA CAPACITACIÓN AL PERSONAL DEL INSTITUTO PARA EL ADECUADO USO Y MANEJO DE LOS EQUIPOS DE BANCO DE SANGRE, COMPLEMENTARIOS, BIENES DE CONSUMO, DE CÓMPUTO, PERIFÉRICOS, DE LOS PROCEDIMIENTOS ANALÍTICOS, LA CUAL DEBERÁ DE CUMPLIR LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE NUMERAL.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ PRESENTAR AL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, DENTRO DEL PERÍODO DE 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO, UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DESIGNADO POR EL INSTITUTO, EN FORMATO LIBRE DETALLANDO LOS CONTENIDOS TEMÁTICOS, EL TIEMPO DE DURACIÓN, CONSIDERANDO TODOS LOS TURNOS DENTRO DE LA JORNADA LABORAL DEL PERSONAL ASIGNADO.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ CONSIDERAR UNA CAPACITACIÓN PREVIA AL INICIO DEL SERVICIO Y CAPACITACIÓN CONTINUA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, EN LAS INSTALACIONES DEL INSTITUTO, EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA(S) PARTIDA(S) ADJUDICADA(S). ESTA CAPACITACIÓN SERÁ COORDINADA Y SUPERVISADA POR EL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, QUIEN SERÁ EL RESPONSABLE DE PROPORCIONAR LA LISTA DEL PERSONAL A CAPACITAR AL PARTICIPANTE ADJUDICADO A CADA PAQUETE.

EL CONTROL DEL REGISTRO DE ASISTENCIA, SE REALIZARÁ MEDIANTE EL FORMATO CONTENIDO EN EL ANEXO T7.1 "FORMATO ASISTENCIA A CAPACITACIÓN", EL CUAL SERÁ AVALADO POR EL JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN AL TÉRMINO DE CADA EVENTO.

AL TÉRMINO DE LA CAPACITACIÓN (PREVIA Y CONTINUA), EL PARTICIPANTE ADJUDICADO, EXTENDERÁ CONSTANCIA INDIVIDUAL DE CAPACITACIÓN, QUE SERÁ ENTREGADA AL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN Y ASÍ MISMO SE DEBERÁ REQUISITAR EL ANEXO T4.1 APARTADO E "CÉDULA DE PUESTA A PUNTO" Y EL ANEXO T7.2 "FORMATO DE ACREDITACIÓN DE LA CAPACITACIÓN".

#### CAPACITACIÓN CONTINUA.

LA CAPACITACIÓN CONTINUA, SERÁ SOLICITADA CUANDO EXISTA ROTACIÓN DE PERSONAL, LLEGADA DE NUEVO PERSONAL A LOS SERVICIOS, O CUANDO EL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN CONSIDERE NECESARIA UNA RECAPACITACIÓN; SERÁ DIRIGIDA AL PERSONAL DEL INSTITUTO PARA QUE IDENTIFIQUE LAS PARTES OPERATIVAS DEL EQUIPO Y SU FUNCIONAMIENTO, ASÍ COMO LA UTILIZACIÓN Y EL MEJOR APROVECHAMIENTO DE LOS BIENES DE CONSUMO PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS Y ESTUDIOS MOTIVO DE ESTE SERVICIO. ESTA CAPACITACIÓN SERÁ COORDINADA Y SUPERVISADA POR EL JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, QUIEN SERÁ EL RESPONSABLE DE PROPORCIONAR LA LISTA DEL PERSONAL A CAPACITAR AL PARTICIPANTE ADJUDICADO.







DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DEBE CONSIDERARSE SU REALIZACIÓN, PREVIA SOLICITUD POR ESCRITO DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, EN UN PLAZO MÁXIMO DE 21 (VEINTIUNO) DÍAS NATURALES, CONTADOS A PARTIR DE LA SOLICITUD REALIZADA AL CONTACTO DESIGNADO DEL PARTICIPANTE ADJUDICADO; LA COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN DE SU REALIZACIÓN ESTARÁ A CARGO DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.  
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y MENSAJERÍA HL7.

PARA EL ENVÍO DE INFORMACIÓN A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO, DEBERÁ PROPORCIONAR EL HARDWARE NECESARIO PARA LA INSTALACIÓN Y PUESTA A PUNTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y PROGRAMAS DE CÓMPUTO ASOCIADOS QUE PERMITA LA CONTINUIDAD OPERATIVA DEL SERVICIO, TODO EQUIPO ANALIZADOR DEBERÁ TENER INTERFAZ CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE ADJUDICADO.

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS DEBERÁN OFERTAR DENTRO DE SU PROPUESTA UN SISTEMA DE INFORMACIÓN EL CUAL DEBERÁ ENTREGAR, INSTALAR Y PONER A PUNTO AL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO CONFORME A LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA 5640-023-002 VIGENTE, LA CUAL DEFINE LA FUNCIONALIDAD MÍNIMA QUE DEBE INCLUIR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE QUE RESULTE ADJUDICADO A LA PARTIDA, Y CÓMO DEBE DARSE LA COMUNICACIÓN HACIA LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO, PARA LA COMPROBACIÓN VIGENCIA DE DERECHOS DEL PACIENTE, ASÍ COMO EL ENVÍO DE INFORMACIÓN CLÍNICA POR MEDIO DE MENSAJERÍA HL7 DEFINIDO EN LAS GUÍAS DE IMPLEMENTACIÓN CORRESPONDIENTES. LA ETIMSS 5640-023-002 VIGENTE SE ENCUENTRA PUBLICADA EN EL PORTAL DE COMPRAS DEL INSTITUTO EN LA SECCIÓN INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES, EN LA PÁGINA DE INTERNET [HTTP://COMPRAS.IMSS.GOB.MX/?P=PROVINFO](http://COMPRAS.IMSS.GOB.MX/?P=PROVINFO).

ESTE SISTEMA DE INFORMACIÓN DEBERÁ CUMPLIR CON LO ESTIPULADO EN LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE BANCO DE SANGRE 5640-023-002 VIGENTE, ASÍ COMO CUMPLIR EN EL ENVÍO CORRECTO Y OPORTUNO DE LA MENSAJERÍA HL7 HACIA LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO PARA GARANTIZAR QUE A TRAVÉS DE ÉSTA, SE PUEDA TENER INFORMACIÓN ACTUALIZADA AL DÍA PARA EXTRAER Y SIMPLIFICAR EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE APLICATIVOS DE ANÁLISIS Y CONSULTA DE LA JEFATURA DEL BANCO DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, COORDINACIONES DE AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO, DIRECCIÓN DEL HOSPITAL Y EL OOAD/UMAE CORRESPONDIENTE, DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS Y ESTUDIOS REALIZADOS DE TODO EL PERIODO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, PARA TODAS LAS UNIDADES QUE PERTENEZCAN A LA REGIÓN ADJUDICADA.

LOS PARTICIPANTES QUE RESULTEN ADJUDICADOS, DEBERÁ(N) REALIZAR TODAS LAS GESTIONES ADMINISTRATIVAS RELACIONADAS CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7, EN LAS OFICINAS DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, A EFECTO DE INSTRUIR A QUIEN CORRESPONDA PARA LA GESTIÓN OPORTUNA.

EN CASO DE EXISTIR ACTUALIZACIONES EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN CENTRAL DEL INSTITUTO, ASÍ COMO LOS COMPONENTES QUE LO CONFORMAN MENCIONADOS ANTERIORMENTE, QUE PROVOQUEN MODIFICACIONES EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE ADJUDICADO, ÉSTE ÚLTIMO SE VERÁ OBLIGADO A REALIZAR LOS CAMBIOS NECESARIOS PARA PERMITIR LA CONTINUIDAD DE LA OPERACIÓN, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO.  
EL PARTICIPANTE GANADOR DEBERÁ REALIZAR LA ENTREGA A CADA JEFE O ENCARGADO DE SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE POR MEDIO DE

CORREO ELECTRÓNICO, REPORTE DE LOS SERVICIOS PRESTADOS CORRESPONDIENTES A LA TOTALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS DURANTE EL PERIODO DE FACTURACIÓN EN ARCHIVO EXCELL, PARA LO CUAL DEBERÁ DE SOLICITAR AL ADMINISTRADOR DE CONTRATO REUNIÓN CON EL TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS Y EL TITULAR DE LA COORDINACIÓN DE INFORMATICA DE CADA OOAD/UMAE, 2 DÍAS HÁBILES POSTERIORES AL FALLO CON EL OBJETIVO DE DEFINIR EL CONTENIDO DEL REPORTE A REALIZAR MENSUALMENTE POR PARTE DEL PARTICIPANTE ADJUDICADO.

EL JEFE O ENCARGADO DEL SERVICIO MEDICO DE BANCO DE SANGRE DEBERÁ CONCILIAR QUE EL CONTENIDO DEL REPORTE DEL PROVEEDOR COINCIDA CON LOS SERVICIOS OTORGADOS DE MANERA DETALLADA EN EL PERIODO ESTABLECIDO.

PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA.

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) DEBERÁ(N) INTEGRAR EN SU PROPUESTA TÉCNICA LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE AL SISTEMA DE INFORMACIÓN OFERTADO (PROPIO O EN PARTICIPACIÓN CONJUNTA) POR PARTIDA, PUDIENDO OFERTAR UNA O MÁS OPCIONES, CON EL CUAL PROPORCIONARÁ EL SERVICIO, DICHA DOCUMENTACIÓN SERÁ:

PARA CADA SISTEMA OFERTADO POR CADA PARTICIPANTE DEBERÁ INCLUIR LO SIGUIENTE:







ANEXO TI.1 (A TI.UNO) CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN FORMATO LIBRE, EN HOJA MEMBRETADA DEL PARTICIPANTE Y DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL PARTICIPANTE, EN LA CUAL MANIFIESTA QUE CUENTA CON LA CAPACIDAD DE DESARROLLAR E IMPLEMENTAR UN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA PROPORCIONAR EL SERVICIO, EL CUAL DEBERÁ CUMPLIR EN SU TOTALIDAD CON LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA DEL IMSS 5640-023-002 VIGENTE PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE BANCO DE SANGRE.

EQUIPO DE CÓMPUTO Y PERIFÉRICOS PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ PROPORCIONAR LOS EQUIPOS DE CÓMPUTO, PERIFÉRICOS, LECTORES DE CÓDIGO DE BARRAS Y UPS, IMPRESORAS, ETIQUETAS, PAPEL Y TODO LO NECESARIO PARA LA INSTALACIÓN Y PUESTA A PUNTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y PROGRAMAS DE CÓMPUTO ASOCIADOS QUE PERMITAN LA CONTINUIDAD OPERATIVA DEL SERVICIO. EL EQUIPO DE CÓMPUTO E INFRAESTRUCTURA DE RED, DEBE SURTIRSE DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES MÍNIMAS DEL ANEXO TI.2 "ESPECIFICACIONES MÍNIMAS DE LOS EQUIPOS DE CÓMPUTO".

EN CASO DE QUE LOS PARTICIPANTES ADJUDICADOS REQUIERAN DE MÁS DE UN EQUIPO MENCIONADO EN ESTE APARTADO PARA CUMPLIR CON LOS NIVELES DE SERVICIO, PODRÁ ADICIONARLOS A LA SOLUCIÓN PROPUESTA, SIN COSTO PARA EL INSTITUTO.

PARA EFECTOS DE INTEGRAR EN SU PROPUESTA TÉCNICA Y ECONÓMICA LOS EQUIPOS DE CÓMPUTO, PERIFÉRICOS, INSUMOS, ETC. MENCIONADOS EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, LOS PARTICIPANTES DEBERÁN CONSIDERAR LOS REQUERIMIENTOS DE OPERACIÓN DE SU EQUIPO Y LAS NECESIDADES DE LAS ÁREAS DE ACUERDO AL ESPACIO Y EL PERSONAL QUE LAS OPERA.

DENTRO DE SU PROPUESTA, LOS PARTICIPANTES DEBERÁ CONSIDERAR QUE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, AL TÉRMINO DE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DEBERÁ COORDINAR LA LOGÍSTICA DE ENTREGA DE INSTALACIONES Y EL RETIRO DEL EQUIPO CON EL NUEVO PROVEEDOR, EN CONJUNTO EN CASO DE LOS OOAD CON EL DIRECTOR DE LA UNIDAD, JEFE DE CONSERVACIÓN O JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, EN UMAE CON EL DIRECTOR MÉDICO, INGENIERO BIOMÉDICO O JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, A FIN DE REALIZAR UNA TRANSICIÓN QUE PERMITA QUE EL INSTITUTO CUENTE DE MANERA ININTERRUMPIDA CON ESTOS SERVICIOS.

AL TÉRMINO DE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, LOS PARTICIPANTES ADJUDICADOS A TODAS LAS PARTIDAS SE OBLIGAN A RETIRAR LOS EQUIPOS QUE SON DE SU PROPIEDAD, INSTALADOS POR ÉL PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACUERDO CON EL ANEXO T11 (T ONCE) "ENTREGA DE INSTALACIONES AL TÉRMINO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO", SIN DAÑAR LAS INSTALACIONES DEL INSTITUTO, PREVIO ACUERDO POR ESCRITO CON LAS AUTORIDADES DE LA UNIDAD MÉDICA CORRESPONDIENTE, SIN COSTO PARA EL INSTITUTO.

INFRAESTRUCTURA DE RED: LA INSTALACIÓN DE LA RED CONTEMPLARÁ UN CONCENTRADOR (SWITCH) INSTALADO EN LA JEFATURA DEL BANCO DE SANGRE Y CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DENTRO DE UNA GAVETA DE SEGURIDAD Y SE CONSIDERARÁ UN NODO POR CADA ESTACIÓN DE TRABAJO INCLUYENDO EL SERVIDOR. ESTA RED DEBERÁ CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR E IA/TIA568.

LOS PARTICIPANTES ADJUDICADOS DEBERÁN APEGARSE A LO ESTABLECIDO POR LA DIDT, EN MATERIA DE SEGURIDAD INFORMÁTICA: NO ACCESO A INTERNET

ANTIVIRUS (INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO)

SE DEBERÁN INSTALAR NODOS DE RED EN CADA BANCO DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN EN LA QUE PRESTARÁN EL SERVICIO, UNO PARA CADA ESTACIÓN DE TRABAJO (INCLUYENDO RECEPCIÓN Y JEFATURA DEL BANCO DE SANGRE) Y UNO PARA EL SERVIDOR, PREVIO A LA PUESTA EN OPERACIÓN DEL SERVICIO.

LOS PARTICIPANTES ADJUDICADOS, EN COORDINACIÓN CON EL JEFE DE SERVICIO Y EL CDI O DIB, LEVANTARÁN UNA REMISIÓN DE LOS EQUIPOS DE CÓMPUTO, PERIFÉRICOS Y UPS, CORRESPONDIENTES A CADA UNIDAD MÉDICA SEGÚN EL ANEXO T4 "CÉDULA DE RECEPCIÓN DE EQUIPOS" Y PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y PROGRAMAS DE CÓMPUTO ASOCIADOS EL ANEXO T4.1 "CÉDULA DE PUESTA EN PUNTO", SECCIÓN F.

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) DEBERÁ(N) COMPROMETER A INSTALAR LA MISMA EMPRESA, SISTEMA Y VERSIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN TODOS LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA, SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN QUE INTEGRE LA PARTIDA QUE LE SEA ADJUDICADA(S), ADEMÁS DEBERÁ TENER DISPONIBLE UNA PÁGINA WEB PARA LA CONSULTA POR LA INTRANET DE LA DISPONIBILIDAD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS POR GRUPO SANGUÍNEO DE CADA BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN.

EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR A LA CDI EN OOAD/DIB EN UMAE AL MOMENTO DE INICIAR LAS PRUEBAS DE VALIDACIÓN (EN OFICINA) DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN OFERTADO LA ARQUITECTURA DE SU PROPUESTA TÉCNICA Y LA FORMA EN LA QUE COEXISTIRÁ CON LA RED LOCAL DEL INSTITUTO, SEÑALANDO DE FORMA CLARA SI EXISTE UNA INTERCONEXIÓN ENTRE SU SOLUCIÓN Y LA RED DEL INMUEBLE. PARA ELLO ES NECESARIO QUE SE CONSIDERE AL PERSONAL DEL INFORMÁTICA DE CADA UNA DE LAS LOCALIDADES DONDE







SE IMPLEMENTARÁ EL SERVICIO, ASÍ COMO A LA COORDINACIÓN TÉCNICA DE TELECOMUNICACIONES PARA QUE VALIDE LOS ESQUEMAS PRESENTADOS Y SE REALICEN LAS RECOMENDACIONES EN CASO DE ASÍ SE REQUERIRSE.  
SISTEMA DE INFORMACIÓN.

REQUISITOS PREVIOS PARA VALIDACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS, ENTREGARÁ(N) EN LAS OFICINAS DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE EMISIÓN DEL FALLO, LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

FIRMA DE ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD, ANEXO TI.3 "ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD".

DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE, ANEXO TI.4 "DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE".

DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE, ANEXO TI.5 "DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE".

SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7 ANEXO TI.6 "SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7".

FIRMA DE ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS SE COMPROMETE(N) CON EL INSTITUTO A FIRMAR UN ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD POR OOAD/UMAE, ANEXO TI.3 "ACUERDOS DE CONFIDENCIALIDAD", EN EL CUAL SE ESTABLECE QUE EN NINGÚN MOMENTO Y BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA PODRÁ HACER USO DE LA INFORMACIÓN PUESTA A SU DISPOSICIÓN O GENERADA DURANTE Y POSTERIOR A LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PARA UN FIN DISTINTO AL ESTABLECIDO EN SU OBJETO Y EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SUJETÁNDOSE A LAS RESPONSABILIDADES ECONÓMICAS, PENALES Y DE CUALQUIER OTRA ÍNDOLE A INSTANCIA DEL INSTITUTO, QUE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE ESTE ACUERDO.

DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS DEBERÁ(N) NOTIFICAR POR ESCRITO, ANEXO TI.4 "DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE", LOS DATOS DE CONTACTO DE LA PERSONA RESPONSABLE DE ESTABLECER COMUNICACIÓN CON EL INSTITUTO PARA TODO LO REFERENTE AL SISTEMA DE INFORMACIÓN, LA CUAL DEBE MANTENER UNA RELACIÓN LABORAL CON LA EMPRESA A QUIEN SE ADJUDICA EL CONTRATO DEL SERVICIO INTEGRAL. EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ NOTIFICAR AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, CUALQUIER CAMBIO QUE REALICE RESPECTO AL PERSONAL DESIGNADO CON LA FINALIDAD DE MANTENER ACTUALIZADO EL REGISTRO DE CONTACTOS PARA CADA PROVEEDOR. TODA COMUNICACIÓN ENTRE EL INSTITUTO Y EL PARTICIPANTE ADJUDICADO SERÁ ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE MEDIANTE EL PERSONAL DESIGNADO, POR LO QUE EL INSTITUTO SE RESERVA EL DERECHO DE ATENDER TODA SOLICITUD PROVENIENTE DE PROVEEDORES O PERSONAS DISTINTAS A LAS DESIGNADAS.

DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS DEBERÁ(N) NOTIFICAR POR ESCRITO, ANEXO TI.5 "DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE", AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, EL SISTEMA DE INFORMACIÓN QUE PROPONE IMPLANTAR EN LAS UNIDADES DONDE OTORGARÁ EL SERVICIO Y LA EMPRESA QUE LE DARÁ SOPORTE

SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS SOLICITARÁ(N) POR ESCRITO, ANEXO TI.6 "SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7", UNA CITA DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7 PARA SU SISTEMA DE INFORMACIÓN, AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES POSTERIORES AL FALLO, A EFECTO DE QUE ESTE REALICE LA GESTIÓN CORRESPONDIENTE PARA EL OTORGAMIENTO DE FECHAS PARA LAS PRUEBAS RESPECTIVAS POR PARTE DE LA CSDISA EN CONJUNTO CON CPSMA.

TODOS LOS DOCUMENTOS RELATIVOS A LOS INCISOS: A) FIRMA DE ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD, B) DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS, C) DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE Y D) SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7, DEBERÁN ENTREGARSE MEDIANTE UN ESCRITO LIBRE EN HOJA MEMBRETADA DE LA EMPRESA PARTICIPANTE, DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL PARTICIPANTE CON FACULTADES DE ADMINISTRACIÓN O DE DOMINIO EN LAS OFICINAS DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, EN DÍAS Y HORAS HÁBILES

PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD PARA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7, CONSTAN DE DOS FASES:







EVALUACIÓN EN OFICINA. SERÁN REALIZADA, EN LOS OOAD EN LA CDI, EN CONJUNTO CON LA JSPM, Y EN LAS UMAE POR LA DIB EN CONJUNTO CON LA DIRECCIÓN MÉDICA, O QUIENES ESTAS DESIGNEN, PARA LA VALIDACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE ADJUDICADO, APEGADO A LO ESTABLECIDO EN LA ETIMSS 5640-023-001 VIGENTE Y PARA REVISIÓN DEL ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7 DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE ADJUDICADO HACIA LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO. EN CASO DE CUMPLIR EXITOSAMENTE CON LAS PRUEBAS EN OFICINA, LA CDI/DIB NOTIFICARÁ AL(LOS) ADMINISTRADOR(ES) DEL CONTRATO PARA LA CONTINUACIÓN DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES EN SITIO.

EVALUACIÓN EN SITIO. PARA LA REVISIÓN EN CONJUNTO CON EL CDI EN OOAD O INGENIERO BIOMÉDICO EN UMAE Y EL JEFE O ENCARGADO DEL LABORATORIO CLÍNICO, DE LA FUNCIONALIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE ADJUDICADO Y DEL ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7, LA CUAL DEBERÁ REALIZARSE EN ALGUNA DE LAS UNIDADES MÉDICAS ADJUDICADAS PREVIO ACUERDO CON EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

LAS PRUEBAS FUNCIONALES EN OFICINA Y SITIO CONSIDERARÁN, UNA PRUEBA, RESPECTIVAMENTE, DE LOS ESQUEMAS DE REENVÍO DE LA MENSAJERÍA HL7, CONSIDERANDO TODOS LOS ESCENARIOS DE FALLA, RELATIVOS A LA INFRAESTRUCTURA DEL PARTICIPANTE, ESTO PARA TENER CLAROS LOS PARÁMETROS Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN, ÉSTA PRUEBA SERÁ EVALUADA POR EL ÁREA DE TELECOMUNICACIONES QUE EL INSTITUTO DETERMINE.

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS, DEBERÁ(N) CUBRIR EN SU TOTALIDAD LOS PUNTOS MENCIONADOS EN LA ETIMSS VIGENTE DURANTE LAS PRUEBAS FUNCIONALES Y DE ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7, EN OFICINAS Y EN SITIO, EN UN PLAZO NO MAYOR DE LOS 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES, CONTADOS A PARTIR DEL FALLO, PREVIO A LA INSTALACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN LAS UNIDADES ADJUDICADAS.

PARA LAS PRUEBAS FUNCIONALES SE PERMITIRÁ COMO MÁXIMO TRES INTENTOS PARA ACREDITAR LAS PRUEBAS FUNCIONALES EN OFICINA Y DOS INTENTOS PARA APROBAR LAS PRUEBAS FUNCIONALES EN SITIO; DENTRO DEL PLAZO DE 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES POSTERIORES AL FALLO.

UNA VEZ CONCLUIDAS LAS PRUEBAS FUNCIONALES (EN OFICINA Y EN SITIO), LA CDI/DIB, EMITIRÁN, AL PARTICIPANTE ADJUDICADO, UN DOCUMENTO EN EL CUAL SE ACREDITE EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO PARA LA INSTALACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN TODAS LAS UNIDADES MÉDICAS ADJUDICADAS, RESPECTO A LO ESTABLECIDO EN LA ETIMSS 5640-023-001 VIGENTE (DOCUMENTO DENOMINADO COMPROBANTE DE CUMPLIMIENTO DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA).

EN CASO DE NO ACREDITAR LAS PRUEBAS FUNCIONALES EN SITIO EN EL PLAZO DE 30 (TREINTA) DÍAS POSTERIORES AL FALLO SEÑALADO, LA CDI/DIB DEBERÁ NOTIFICAR AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

#### INSTALACIÓN Y PUESTA A PUNTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS DEBERÁ(N) LLEVAR A CABO LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN QUE ACREDITÓ LAS PRUEBAS FUNCIONALES SEÑALADAS EN EL PUNTO ANTERIOR, PARA OTORGAR EL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE, CONFORME A LAS CARACTERÍSTICAS Y PLAZOS ESTABLECIDOS.

UNA VEZ ACORDADO EL CALENDARIO DE DESPLIEGUE DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS ADJUDICADAS, EL PARTICIPANTE ADJUDICADO LO INFORMARÁ A CADA UNIDAD MÉDICA, POR MEDIO DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS DEBERÁ(N) COORDINAR ESFUERZOS CON LA COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INFORMÁTICA (CDI) O DIVISIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA (DIB) O QUIEN ÉSTA DETERMINE, PARA

REALIZAR LAS GESTIONES TÉCNICAS IMPLICADAS EN EL DESPLIEGUE DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN. ASIMISMO, DEBERÁ DOCUMENTAR EL MODELO DE OPERACIÓN CON EL MAYOR DETALLE DE TAL FORMA QUE SE CONOZCA LA CONFIGURACIÓN TOTAL DEL SWITCH, ASÍ COMO EL DIRECCIONAMIENTO UTILIZADO SEA O NO PARTE DEL DIRECCIONAMIENTO DEL INSTITUTO DEBIENDO ENTREGAR UNA MEMORIA TÉCNICA DE LA INSTALACIÓN.

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS DEBERÁ LLEVAR A CABO LA INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CÓMPUTO ASOCIADOS, EQUIPOS DE CÓMPUTO, UPS, PERIFÉRICOS Y LECTORES DE CÓDIGOS DE BARRAS NECESARIOS PARA EL CONTROL DEL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE Y OTORGAR APOYO TÉCNICO NECESARIO CON PERSONAL CAPACITADO, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS EN LOS NIVELES DE SERVICIOS DE LOS PRESENTES TÉRMINOS Y CONDICIONES.







EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ INSTALAR LOS NODOS DE RED NECESARIOS, EN CADA BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN EN LOS QUE PRESTARÁ EL SERVICIO, UNO PARA CADA ESTACIÓN DE TRABAJO (INCLUYENDO RECEPCIÓN Y JEFATURA DE BANCO DE SANGRE) Y UNO PARA EL SERVIDOR, PREVIO A LA PUESTA EN OPERACIÓN DEL SERVICIO. LA CATEGORÍA MÍNIMA ACEPTADA PARA LOS NODOS ES CATEGORÍA 6 MISMA QUE DEBERÁ SER ACREDITADA ANTES DE LA INSTALACIÓN CON LA DIB O QUIEN ÉSTA DETERMINE.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO, EN COORDINACIÓN CON EL JEFE DE SERVICIO DE BANCO DE SANGRE O ENCARGADO, EL CDI O DIB O QUIEN ÉSTA DETERMINE, LEVANTARÁN UNA CÉDULA DE RECEPCIÓN DE EQUIPOS PROGRAMAS DE CÓMPUTO ASOCIADOS, EQUIPOS DE CÓMPUTO, PERIFÉRICOS Y UPS, CORRESPONDIENTES A LA UNIDAD MÉDICA SEGÚN ANEXOS T4 "CÉDULA DE RECEPCIÓN DE EQUIPOS" Y T4.1 "CÉDULA DE PUESTA A PUNTO", LO CUAL NO DEBERÁ DE EXCEDER DE UN PLAZO DE 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA ENTREGA DEL EQUIPAMIENTO A ENTERA SATISFACCIÓN DEL INSTITUTO.

EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y EL CDI EN OOAD O INGENIERO BIOMÉDICO EN UMAE, VALIDARÁN QUE LA VERSIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN A INSTALAR EN TODAS LAS UNIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA ADJUDICADAS, ES LA PREVIAMENTE EVALUADA Y APROBADA POR EL CDI EN OOAD O INGENIERO BIOMÉDICO EN UMAE, EN LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7 REALIZADAS EN OFICINA Y EN SITIO.

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS DEBERÁ INSTALAR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN QUE ACREDITÓ DURANTE LAS PRUEBAS FUNCIONALES Y EFECTUAR LA ENTREGA-RECEPCIÓN DEL EQUIPAMIENTO CORRESPONDIENTE, A ENTERA SATISFACCIÓN DEL INSTITUTO, PARA INICIAR LABORES EL 01 DE ENERO DE 2024, EN EL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN ADJUDICADOS.

EL INSTITUTO, SE RESERVA EL DERECHO DE PODER REVISAR EN CUALQUIER SERVICIO DE TRANSFUSIÓN EN DONDE EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS OTORGA EL SERVICIO, QUE LA VERSIÓN INSTALADA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SEA LA DESCRITA EN EL DOCUMENTO COMPROBANTE DE CUMPLIMIENTO DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA, TENIENDO EN CUENTA QUE EL INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PARTICIPANTE ADJUDICADO ACTIVARÁ LOS SUPUESTOS DE PENAS CONVENCIONALES Y/O DEDUCCIONES ESTABLECIDAS.

EL INSTITUTO A TRAVÉS DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO O QUIEN ÉSTE DETERMINE, PODRÁ EVALUAR, EN CUALQUIERA DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN EN DONDE EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS OTORGA EL SERVICIO, DESVIACIONES EN LA OPERACIÓN DERIVADAS DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN, DE MANERA QUE EL ÁREA REQUERENTE O ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, SOLICITE A LA CSDISA LA REVISIÓN CORRESPONDIENTE.

ANTE CUALQUIER CAMBIO SOBRE LA VERSIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DESCRITA EN EL DOCUMENTO COMPROBANTE DE CUMPLIMIENTO DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA, EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS DEBERÁ SOMETER A EVALUACIÓN LA NUEVA VERSIÓN DEL SISTEMA Y EN CASO NECESARIO REHACER LA BATERÍA DE PRUEBAS INICIALES PARA GARANTIZAR EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO.

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS DEBERÁ TENER DISPONIBLE UNA PÁGINA WEB PARA LA CONSULTA POR LA INTRANET DE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO CONFORME A LO INDICADO EN LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA (ETIMSS) 5640-023-002 VIGENTE. ESTE ACCESO DEBERÁ SER VALIDADO CON EL JEFE DEL SERVICIO EN CADA UNIDAD.

ADICIONALMENTE, EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ CONTEMPLAR LA INTEGRACIÓN DE TODA LA INFORMACIÓN QUE SE TENGA EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR ANTERIOR, INCLUYENDO HISTÓRICO DE DONADORES, CITAS, RESULTADOS DE TODOS LOS ESTUDIOS, INVENTARIO DE COMPONENTES EN ALMACÉN, ETC., SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO.

LA INFORMACIÓN EN LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS INTEGRALES, SERÁ PROPIEDAD DEL INSTITUTO Y ES CONSIDERADA COMO CONFIDENCIAL CONFORME AL ANEXO TI.3 "ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD", TODO ELLO SE CONSERVARÁ EN EL ÁREA DONDE SE PRESTÓ EL SERVICIO Y SÓLO PODRÁN SER UTILIZADOS POR UN TERCERO CON EL CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL INSTITUTO Y BAJO LAS DISPOSICIONES DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y LEY GENERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. ASIMISMO, EL PARTICIPANTE ADJUDICADO SE OBLIGA A NO HACER USO INDEBIDO DE LA MISMA, EN CASO CONTRARIO SERÁ RESPONSABLE DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS OCASIONADOS AL INSTITUTO, YA SEAN DE NATURALEZA CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA.

REGISTRO DE INFORMACIÓN DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN.

LA MENSAJERÍA HL7 DESCRITA EN LA ETIMSS VIGENTE, DEBERÁ SER ENVIADA DE MANERA EXITOSA (CON RESPUESTA EXITOSA POR PARTE DE LOS SERVICIOS WEB DEL INSTITUTO) A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO DENTRO DE LAS 24 HORAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL EVENTO DE OTORGAMIENTO DEL SERVICIO INTEGRAL EN LAS UNIDADES MÉDICAS ADJUDICADAS.







## CAPACITACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS ELABORARÁ(N) Y PRESENTARÁ(N) UN PROYECTO DE PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN, EL CUAL TENDRÁ LOS CONTENIDOS TEMÁTICOS Y LA DURACIÓN, CONSIDERANDO TODOS LOS TURNOS DE TRABAJO CON LISTA DE ASISTENCIA SEGÚN ANEXO T7.1 "FORMATO ASISTENCIA A CAPACITACIÓN", FIRMADA DE CONFORMIDAD. AL FINALIZAR LA CAPACITACIÓN, REALIZARÁ LA EVALUACIÓN DE LA MISMA, SOLICITANDO EL ANEXO T7.2 "FORMATO DE ACREDITACIÓN DE LA CAPACITACIÓN" COMO CONSTANCIA DE REALIZACIÓN EN TIEMPO Y FORMA.

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS PROPORCIONARÁ(N) CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA UNIDAD, DE ACUERDO AL PERFIL DE LOS USUARIOS; ENTREGARÁN UNA COPIA DEL MANUAL DE USUARIO IMPRESO O ELECTRÓNICO CON ACUSE DE RECIBO EN FORMATO LIBRE AL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, Y LLEVARÁ LISTAS DE ASISTENCIA, EVALUACIONES Y FIRMA DE CONFORMIDAD POR PARTE DEL USUARIO, AL TÉRMINO DE LA CAPACITACIÓN EXTENDERÁ CONSTANCIA DE LA MISMA.

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS SE COMPROMETERÁ(N) A MANTENER CAPACITADO PERMANENTEMENTE AL PERSONAL QUE ASÍ LO REQUIERA LA UNIDAD MÉDICA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO, TODO ELLO A CONFORMIDAD DEL JEFE O RESPONSABLE DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN. LAS CAPACITACIONES QUE SE SOLICITEN COMO SUBSECUENTES, DEBERÁN INICIARSE A MÁS TARDAR 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE HABERSE SOLICITADO AL PARTICIPANTE ADJUDICADO.

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS ENTREGARÁ(N) LA EVIDENCIA (CONSTANCIA Y LISTA DE ASISTENCIA SEGÚN ANEXO T7.1 "FORMATO ASISTENCIA A CAPACITACIÓN" Y T7.2 "FORMATO DE ACREDITACIÓN DE LA CAPACITACIÓN") QUE ACREDITE EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE ACUERDO AL ANEXO T7 "PROGRAMA DE CAPACITACIÓN", ASÍ COMO DEL CATÁLOGO ELECTRÓNICO (PDF) O FICHA TÉCNICA DEL EQUIPO DE CÓMPUTO, UPS, PERIFÉRICOS Y LECTORES DE CÓDIGOS DE BARRAS EN IDIOMA ESPAÑOL O INGLÉS CON SU TRADUCCIÓN SIMPLE AL ESPAÑOL, AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, DENTRO DEL PERÍODO DE 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES POSTERIORES AL FALLO.

## MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y HARDWARE

EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN, PROGRAMAS DE CÓMPUTO ASOCIADOS, EQUIPOS DE CÓMPUTO, PERIFÉRICOS, LECTORES DE CÓDIGOS DE BARRAS Y UPS, SE LLEVARÁ A CABO A TRAVÉS DE LA BITÁCORA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO, DE ACUERDO CON EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO ACORDADO CON LA UNIDAD MÉDICA CADA 6 (SEIS) MESES O EL TIEMPO QUE ESTIPULE EL FABRICANTE, LO QUE RESULTE MENOR, POR LO QUE EL PARTICIPANTE ADJUDICADO SE COMPROMETE DE MANERA ENUNCIATIVA Y NO LIMITATIVA A QUE:

EL SERVIDOR SE ENCUENTRE CONECTADO A LA RED INSTITUCIONAL;

LAS IP'S SE ENCUENTREN ACTIVAS Y ASIGNADAS A LOS EQUIPOS DEL PARTICIPANTE ADJUDICADO;

EL EQUIPO LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS SE ENCUENTRE EN BUENAS CONDICIONES Y OPERANDO;

SE MANTENGA ACTUALIZADO EL ANTIVIRUS;

SE REALICE LA LIMPIEZA Y VERIFICACIÓN DE PIEZAS PARA EL EQUIPO DE CÓMPUTO, PERIFÉRICOS, LECTORES DE CÓDIGO DE BARRAS Y UPS, CADA 6 (SEIS) MESES O LO QUE INDIQUE EL FABRICANTE, SI EL PLAZO QUE ESTABLECE ES MENOR; Y

SE ACTUALICE EL SISTEMA OPERATIVO Y SOFTWARE COMPLEMENTARIO, AL MENOS CADA 6 (SEIS) MESES EN CASO DE SER REQUERIDO.

EN CASO DE QUE EL(LOS) PARTICIPANTE(S) ADJUDICADO(S) IDENTIFIQUE(N) QUE EL SERVIDOR NO SE ENCUENTRA CONECTADO A LA RED INSTITUCIONAL Y/O QUE LAS IP'S ASIGNADAS NO SE ENCUENTREN ACTIVAS, TENDRÁ QUE DAR AVISO VÍA CORREO ELECTRÓNICO A LA DIB DE LA UMAE.

SE REMPLAZARÁN LAS PARTES DEL HARDWARE (EQUIPOS DE CÓMPUTO, PERIFÉRICOS, LECTORES DE CÓDIGO DE BARRAS Y UPS) QUE SE HAYAN DAÑADO O DESGASTADO POR PARTES NUEVAS Y ORIGINALES.

EL PARTICIPANTE, EN EL CASO DE SOLICITUD POR CONTINGENCIA DERIVADA DE FALLAS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN, PROGRAMAS DE CÓMPUTO ASOCIADOS, EQUIPOS DE CÓMPUTO, UPS, PERIFÉRICOS Y LECTORES DE CÓDIGOS DE BARRAS, REALIZARÁ:

LA RECEPCIÓN DE REPORTES DE INCIDENTES PARA LA ASISTENCIA TÉCNICA, ASIGNANDO UN FOLIO DE ATENCIÓN Y REGISTRANDO COMO MÍNIMO FECHA DE RECEPCIÓN, HORA DE REPORTE, NÚMERO CONSECUTIVO, NOMBRE DE QUIEN LO RECIBIÓ Y LA DESCRIPCIÓN DE LA FALLA REPORTADA DENTRO DE LAS 24 (VEINTICUATRO) HORAS SIGUIENTES EN QUE SE OCACIONÓ LA FALLA, PARA LO CUAL EL JEFE O RESPONSABLE DE BANCO DE SANGRE LLENARÁ EL ANEXO T5.1 "REPORTE DE FALLA DE LOS EQUIPOS".

LAS REPARACIONES NECESARIAS CORRECTIVAS ESPECÍFICAS, EN UN PLAZO NO MAYOR A 24 (VEINTICUATRO) HORAS CONTADAS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DEL INSTITUTO.

EL REEMPLAZO DEL EQUIPO DAÑADO, EN CASO NO TENER REPARACIÓN, EN UN LAPSO NO MAYOR A 48 (CUARENTA Y OCHO) HORAS CONTADAS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DEL INSTITUTO.







## GENERALES

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) DEBERÁ(N) DE INSTALAR Y MANTENER EN OPERACIÓN, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, LA MISMA EMPRESA, SISTEMA Y VERSIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN QUE FUE APROBADO POR EL INSTITUTO (SIN QUE ESTO SE CONTRAPONGA CON LAS ACTUALIZACIONES SOLICITADAS POR EL INSTITUTO), PARA EL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN QUE INTEGREN LA PARTIDA, A FIN DE ASEGURAR HOMOGENEIDAD EN LA OPERACIÓN DE LOS BANCOS DE SANGRE, PARA LO CUAL DEBE DE PRESENTAR COMO PARTE DE SU PROPUESTA, MANIFESTACIÓN QUE SE COMPROMETE A LO ANTERIOR.

LOS PARTICIPANTES DEBERÁN PROPORCIONAR UNA HERRAMIENTA CUYA FUNCIONALIDAD PERMITA LA EXTRACCIÓN, TRANSFORMACIÓN Y CARGA DE DATOS, QUE INCLUYA TAMBIÉN MOTORES DE VISUALIZACIÓN Y DE PRESENTACIÓN DE INFORMACIÓN, PARA ASÍ PODER SIMPLIFICAR EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE APLICATIVOS DE ANÁLISIS Y LA CONSULTA DE LA JEFATURA DEL BANCO DE SANGRE, JEFATURA DE AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO, DIRECCIÓN DEL HOSPITAL Y EL OOAD CORRESPONDIENTE, DE TODOS LOS CONSUMOS Y PRUEBAS REALIZADAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, PARA TODAS LAS UNIDADES QUE PERTENEZCAN A LA PARTIDA ADJUDICADA. PARA ELLO DEBERÁ OTORGAR UN RESGUARDO MENSUAL DE LA INFORMACIÓN EN CD O EN EL MEDIO QUE CONSIDERE CONVENIENTE DE ACUERDO AL VOLUMEN DE INFORMACIÓN MISMO QUE SERÁ ENTREGADO AL ENCARGADO O JEFE DE SERVICIO A MÁS TARDAR DURANTE LOS PRIMEROS 10 (DIEZ) DÍAS DEL MES SIGUIENTE. EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ PROTEGER LA INFORMACIÓN Y DEBERÁ GARANTIZAR QUE ESTA SEA ENTREGADA EN CONJUNTO CON LA CONTRASEÑA RESPECTIVA MEDIANTE ACUSE DE RECIBO.

UNA VEZ INICIADO EL SERVICIO Y EN EL SUPUESTO DE QUE SE REQUIERA PARA LA OPERACIÓN DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DE MÁS EQUIPO (S) DE LOS MENCIONADOS EN ESTE APARTADO PARA CUMPLIR CON LOS NIVELES DE SERVICIO, DEBERÁ ADICIONARLOS A LA SOLUCIÓN PROPUESTA, SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO.

ASÍ MISMO, DEBERÁN REALIZAR LA TRASMISIÓN DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LOS ESTUDIOS DE SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DE SANGRE RELACIONADOS CON LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, CONSIDERANDO LA INFORMACIÓN DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN. DEBERÁN REALIZAR LA INTERFAZ DE TODOS LOS EQUIPOS INSTALADOS Y DAR CABAL CUMPLIMIENTO A LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN CONFORME A LA ETIMSS 5640-023-002 VIGENTE, EMITIDA POR LA CSDISA, MEDIANTE EL USO DEL ESTÁNDAR HL7 VERSIÓN 3.0. TODO ELLO, SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO.

EL INSTITUTO PODRÁ PROPORCIONAR UNA APLICACIÓN CENTRALIZADA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, POR LO QUE EL PARTICIPANTE ADJUDICADO, DEBERÁ CONSIDERAR UNA INTERFAZ ENTRE SU SISTEMA Y LA APLICACIÓN DEL INSTITUTO, QUE PODRÍA SER A TRAVÉS DE HL7, PARA MANTENER LA COMUNICACIÓN ENTRE AMBAS APLICACIONES, O BIEN, A TRAVÉS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y LA APLICACIÓN CENTRALIZADA DEL INSTITUTO INCLUYENDO EL SOPORTE TÉCNICO. ADICIONALMENTE SE DEBERÁ CONTEMPLAR LA INTEGRACIÓN DE TODA LA INFORMACIÓN QUE SE TENGA EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR ANTERIOR, INCLUYENDO HISTÓRICO, SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS DEBERÁ(N) CONSIDERAR UN SERVIDOR TIPO CENTRAL, EN EL CUAL DEBERÁ CONCENTRAR LA INFORMACIÓN CUMPLIENDO CON LO ESTIPULADO EN EL ANEXO TI.2 "ESPECIFICACIONES MÍNIMAS DE LOS EQUIPOS DE CÓMPUTO", ESTE ESTARÁ AL RESGUARDO DEL INSTITUTO EN EL ÁREA QUE SE CREA CONVENIENTE EN COORDINACIÓN CON EL CDI O DIB, Y LA ADMINISTRACIÓN DEL SERVIDOR ESTARÁ A CARGO DEL PARTICIPANTE ADJUDICADO, EL CUAL DEBERÁ PROPORCIONAR UN ACCESO PARA CONSULTAR LA INFORMACIÓN OTORGANDO LAS HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS QUE CREA INDISPENSABLES PARA LA CONSULTA AL ÁREA NORMATIVA QUE LO SOLICITE, PREVIA AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA CPSMA A TRAVÉS DE LA CTSMI.

EL(LOS) PARTICIPANTE(S) QUE RESULTE(N) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS DEBERÁ(N) ENTREGAR, DENTRO DE LOS 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO, UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA PARA LA OBTENCIÓN Y CONTROL DE LOS INDICADORES UNIFICADOS DE LOS FORMATOS AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SEGÚN SEA EL CASO. DEBIENDO REPORTAR LOS INDICADORES DENTRO DE LOS 7 DÍAS HÁBILES POSTERIORES AL VENCIMIENTO DE CADA MES Y ENTREGAR UNA COPIA DEL INFORME AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y UNA COPIA DIGITAL AL CORREO ELECTRÓNICO CTSI.BS@IMSS.GOB.MX A LA COORDINACIÓN TÉCNICA DE SERVICIOS MÉDICOS INDIRECTOS.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ PROPORCIONAR UN ACCESO AL SISTEMA DE INFORMACIÓN A LA CPSMA/CTSMI PARA CONSULTA, DE ACUERDO AL PERFIL ESTABLECIDO EN LA ETIMSS VIGENTE, A MÁS TARDAR EL DÍA 30 (TREINTA) POSTERIOR A LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO.

DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBERÁ ENVIAR CADA MES EL CONCENTRADO POR PARTIDA DEL ANEXO T9 "REPORTE MENSUAL DE PROCEDIMIENTOS EFECTIVOS REALIZADOS" EN FORMATO EXCEL (\*.XLS) CORRESPONDIENTE A CADA UNIDAD MÉDICA, A LA CPSMA/CTSMI AL CORREO ELECTRÓNICO CTSI.BS@IMSS.GOB.MX, A MÁS TARDAR 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA FECHA DE CADA CORTE MENSUAL.







#### ASISTENCIA TÉCNICA.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO, DEBERÁ CONTAR Y PROPORCIONAR SOPORTE EN LÍNEA PARA LA ASISTENCIA TÉCNICA QUE FUNCIONE LAS 24 HORAS DEL DÍA, DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, DONDE SE REPORTEN LAS FALLAS Y SE ASIGNE UN NÚMERO DE FOLIO CORRESPONDIENTE PARA SU SEGUIMIENTO, SE DE ATENCIÓN A LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN DE LOS OOAD/UMAE INCLUIDAS EN ESTE SERVICIO; LA ASISTENCIA TÉCNICA DEBERÁ ESTAR DISPONIBLE Y FUNCIONAL A PARTIR DEL DÍA EN QUE INICIA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DURANTE TODA LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

DESIGNACIÓN DE ENLACE. LOS PARTICIPANTES ADJUDICADOS DEBERÁN DESIGNAR MEDIANTE ESCRITO EN FORMATO LIBRE Y EN HOJA MEMBRETADA A LA(S) PERSONA(S) DESIGNADA(S) COMO ENLACE, POR LA PARTIDA ADJUDICADA, QUIEN SERÁ EL RESPONSABLE DE COORDINAR Y VALIDAR LAS ADECUACIONES DE LAS ÁREAS FÍSICAS, ASÍ COMO DE LA LOGÍSTICA PARA LA ENTREGA, INSTALACIÓN DE LOS EQUIPOS HASTA QUEDAR EN ÓPTIMAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO EN LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, ENTREGA DE BIENES DE CONSUMO, ASÍ MISMO REALIZARÁ LA ENTREGA DE ACCESORIOS/EQUIPO COMPLEMENTARIO, CONFORME A LOS ANEXOS T3 "EQUIPAMIENTO DEL SMI DE BS", T3.1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL EQUIPAMIENTO", ANEXOS DE DIDT, SEGÚN CORRESPONDA, PARA QUE EL SERVICIO SE PRESTE A ENTERA SATISFACCIÓN DEL INSTITUTO, A MÁS TARDAR EL DÍA 10 (DIEZ) NATURAL POSTERIOR AL DE LA FECHA DE EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO, ASÍ COMO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DEL OPORTUNO SUMINISTRO DE LOS BIENES DE CONSUMO Y DE LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA TÉCNICA, MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS, Y DEMÁS ACCIONES QUE CONLLEVA EL SERVICIO A CONTRATAR. ESTE ESCRITO CON LA DESIGNACIÓN SE DEBERÁ ENTREGAR EL DÍA DE LA PRESENTACIÓN DEL SERVICIO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, A LOS JEFES O ENCARGADOS DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA, Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, ASÍ COMO A LA CPSMA/CTSMI EN COPIA DIGITAL AL CORREO ELECTRÓNICO CTSI.BS@IMSS.GOB.MX.

#### CONTINGENCIA.

EL PARTICIPANTE ADJUDICADO EN CASO DE INTERRUPCIÓN DEL SERVICIO EN ALGÚN BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DERIVADO DE UNA CONTINGENCIA DEBERÁ ASEGURAR LA CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN COORDINACIÓN CON EL JEFE O ENCARGADO DEL SERVICIO SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO.

#### CUMPLIMIENTO DE NORMATIVA.

LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS (NOM) Y GUÍAS QUE EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBE CONSIDERAR PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA NORMATIVA QUE SE PUBLIQUE O ACTUALICE DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, SON:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-253-SSA1-2012, PARA DISPOSICIÓN DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS, PUBLICADA EN EL DOF EL 26 DE OCTUBRE DEL 2012 Y SU MODIFICACIÓN A LOS PUNTOS 6.10.5.3, 8.1.1, 8.4.6.1 Y 13.5.1 Y LA ELIMINACIÓN DEL PUNTO 3.1.38, PUBLICADA EN EL DOF EL 18 DE SEPTIEMBRE DE 2015.

LA CADENA DE FRÍO DE LA SANGRE. GUÍA PARA LA SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN DE EQUIPOS Y ACCESORIOS. OMS

NORMA MEXICANA NMX-EC-15189-IMNC-2015, LABORATORIOS CLÍNICOS REQUISITOS DE LA CALIDAD Y COMPETENCIA, PUBLICADA EN EL DOF EL 26 DE MAYO DE 2015.

NORMA MEXICANA NMX-EC-17043-IMNC-2010, EVALUACIÓN DE LA CONFORMIDAD-REQUISITOS GENERALES PARA LOS ENSAYOS DE APTITUD.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA3-2011, PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS LABORATORIOS CLÍNICOS, PUBLICADA EN EL DOF EL 27 DE MARZO DE 2012.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-064-SSA1-1993, QUE ESTABLECE LAS ESPECIFICACIONES SANITARIAS DE LOS EQUIPOS DE REACTIVOS UTILIZADOS PARA DIAGNÓSTICO, PUBLICADA EN EL DOF EL 24 DE FEBRERO DE 1995.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-077-SSA1-1994, QUE ESTABLECE LAS ESPECIFICACIONES SANITARIAS DE LOS MATERIALES DE CONTROL (EN GENERAL) PARA LABORATORIOS DE PATOLOGÍA CLÍNICA, PUBLICADA EN EL DOF EL 01 DE JULIO DE 1996.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-078-SSA1-1994, QUE ESTABLECE LAS ESPECIFICACIONES SANITARIAS DE LOS ESTÁNDARES DE CALIBRACIÓN UTILIZADOS EN LAS MEDICIONES REALIZADAS EN LOS LABORATORIOS DE PATOLOGÍA CLÍNICA, PUBLICADA EL 01 DE JULIO DE 1996.

ENTREGA DE INSTALACIONES DEL PARTICIPANTE ADJUDICADO AL INSTITUTO.

LOS PARTICIPANTES DEBERÁN CONSIDERAR QUE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADOS AL TÉRMINO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO/TERMINACIÓN ANTICIPADA/RESCISIÓN DEBERÁN COORDINAR LA LOGÍSTICA DE ENTREGA DE INSTALACIONES Y EL RETIRO DEL EQUIPO DE BANCO DE SANGRE, COMPLEMENTARIOS, DE CÓMPUTO Y PERIFÉRICOS DE SU PROPIEDAD, CON EL ING. BIOMÉDICO, EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y PROVEEDOR ENTRANTE, A FIN DE REALIZAR UNA TRANSICIÓN QUE PERMITA QUE EL INSTITUTO CUENTE DE MANERA ININTERRUMPIDA CON ESTOS SERVICIOS.







AL TÉRMINO DE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, LOS PARTICIPANTES ADJUDICADOS SE OBLIGAN A RETIRAR LOS EQUIPOS QUE SON DE SU PROPIEDAD, SIN DAÑAR LAS INSTALACIONES DEL INSTITUTO Y ASEGURANDO LA PERMANENCIA DE LAS ADECUACIONES AL ÁREA FÍSICA REALIZADAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, PREVIO ACUERDO CON LAS AUTORIDADES DE LA UNIDAD MÉDICA CORRESPONDIENTE, EN LOS TIEMPOS QUE LE SEAN INDICADOS POR ESCRITO POR EL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, ASUMIENDO A SU CARGO LOS GASTOS QUE SE GENEREN POR ESTE CONCEPTO, DEJANDO CONSTANCIA DE LO ANTERIOR MEDIANTE ACTA-ENTREGA DE LAS INSTALACIONES A ENTERA SATISFACCIÓN DE AMBOS Y CONFORME AL ANEXO T11 (ONCE) "ENTREGA DE INSTALACIONES AL TÉRMINO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO".

#### TABLA DE ANEXOS

| ANEXO           | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| T1 (UNO)        | REQUERIMIENTO DEL SMI DE BS                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| T2              | DIRECTORIO DEL SMI DE BS                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| T3              | EQUIPAMIENTO DEL SMI DE BS                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| T3.1            | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL EQUIPAMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                          |
| T4              | CÉDULA DE RECEPCIÓN DE EQUIPOS                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| T4.1            | CÉDULA DE PUESTA A PUNTO                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| T5              | PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                |
| T5.1            | REPORTE DE FALLA DE LOS EQUIPOS                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| T6              | CÉDULA DE CONTROL DE BIENES DE CONSUMO                                                                                                                                                                                                                                                              |
| T6.1            | DEVOLUCIÓN Y REPOSICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| T7              | PROGRAMA DE CAPACITACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| T7.1            | FORMATO ASISTENCIA A CAPACITACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| T7.2            | FORMATO DE ACREDITACIÓN DE LA CAPACITACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                          |
| T8              | RESUMEN DE EQUIPOS OFERTADOS                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| T8.1            | RESUMEN DE BIENES DE CONSUMO                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| T9              | REPORTE MENSUAL DE PROCEDIMIENTOS EFECTIVOS REALIZADOS                                                                                                                                                                                                                                              |
| T9.1            | NOTIFICACIÓN DE PENA CONVENCIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| T9.2            | NOTIFICACIÓN DE DEDUCTIVA                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| T10             | MEJORA TECNOLÓGICA                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| T11 (ONCE)      | ENTREGA DE INSTALACIONES AL TÉRMINO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                   |
| TI.1 (A.TI UNO) | CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN FORMATO LIBRE, EN HOJA MEMBRETADA DEL PARTICIPANTE Y DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL PARTICIPANTE, EN LA CUAL MANIFIESTA QUE CUENTA CON LA CAPACIDAD DE DESARROLLAR E IMPLEMENTAR UN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA PROPORCIONAR EL SERVICIO |
| TI.2            | ESPECIFICACIONES MÍNIMAS DE LOS EQUIPOS DE CÓMPUTO                                                                                                                                                                                                                                                  |
| TI.3            | ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| TI.4            | DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| TI.5            | DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE                                                                                                                                                                                                                                                            |
| TI.6            | SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7                                                                                                                                                                                                                                     |

#### ANEXO T1 (UNO) "REQUERIMIENTO DEL SMI DE BS"

| COAD/UMAE                | CLAVE PRESUPUESTAL | UNIDAD            | CLV_G PO | GRUPO                   | ESTUDIO                       | MÍNIMO | MÁXIMO |
|--------------------------|--------------------|-------------------|----------|-------------------------|-------------------------------|--------|--------|
| UMAE HGO CMN OCC OBLATOS | 14A602142153       | HGO CMN OCCIDENTE | 4        | PRUEBAS TRANSFUSIONALES | PRUEBA CRUZADA (AUTOMATIZADA) | 3,360  | 8,400  |

#### ANEXO T2 "DIRECTORIO DL SMI DE BS"



2026  
año de  
Margarita  
Maza





|                          |              |     |             |                         |                                                                                                                                       |
|--------------------------|--------------|-----|-------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UMAE HGO CMN OCC OBLATOS | 14A602142153 | HGO | GUADALAJARA | SERVICIO<br>TRANSFUSIÓN | CALLE<br>DOMÍNGUEZ 771,<br>ENTRE SALVADOR QUEVEDO Y<br>SIERRA MORENA,<br>COLONIA INDEPENDENCIA C.P<br>44340,<br>GUADALAJARA, JALISCO. |
|--------------------------|--------------|-----|-------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ANEXO T3 "EQUIPAMIENTO DEL SMI DE BS"

|                          |             |     |     |    | Pruebas Transfusionales |                                      |                                            |                                                |
|--------------------------|-------------|-----|-----|----|-------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------|
|                          |             |     |     |    | Equipo asignado         | Centrifuga Manual de Mesa (serofuge) | Equipo Automatizado para Inmunohematología | Equipo Semiautomatizado para Inmunohematología |
| UMAE HGO CMN OCC Oblatos | GUADALAJARA | HGO | S/N | ST | 3                       | 2                                    | 1                                          |                                                |

ANEXO T3.1 "ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL EQUIPAMIENTO"

CLAVE:

533.342.1484

NOMBRE:

EQUIPO AUTOMATIZADO PARA INMUNOHEMATOLOGIA

LICITANTE: \_\_\_\_\_ MARCA: \_\_\_\_\_

LICITACIÓN: \_\_\_\_\_ MODELO: \_\_\_\_\_

PARTIDA(S): \_\_\_\_\_

GRUPO(S): \_\_\_\_\_ FABRICANTE: \_\_\_\_\_

HOJA DE \_\_\_\_\_

| NO | SOLICITADO                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | EQUIPO AUTOMATIZADO PARA LA DETERMINACIÓN DE GRUPOS SANGUÍNEOS, ANTICUERPOS ANTI ERITROCITOS, ANTI GLOBULINA HUMANA DIRECTA Y PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD POR AGLUTINACIÓN, UTILIZANDO COMO SOPORTE O FASE SÓLIDA TARJETAS DE GEL, TARJETA O CASSETTES DE PERLAS DE VIDRIO Y/O MICROPLACAS. |

| NO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL LICITANTE | FOLIO DE REFERENCIA |
|----|-----------------------------------|---------------------|
|    |                                   |                     |











|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 | ACCESORIOS: COMPUTADORA COMPATIBLE CON SOFTWARE GRÁFICO EN ESPAÑOL, EN AMBIENTE WINDOWS CON INTERFACE BIDIRECCIONAL PARA CONECTARSE A COMPUTADORA CENTRAL. LAS UNIDADES MÉDICAS LAS SELECCIONARÁN DE ACUERDO A SUS NECESIDADES, ASEGURANDO SU COMPATIBILIDAD CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO. |
| 11 | BATERÍA DE RESPALDO Y REGULADOR DE ACUERDO A MARCA Y MODELO DEL EQUIPO.                                                                                                                                                                                                                        |
| 12 | INSTALACIÓN: CORRIENTE ELÉCTRICA 120 V/60 HZ.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 13 | OPERACIÓN: POR PERSONAL ESPECIALIZADO Y DE ACUERDO AL MANUAL DE OPERACIÓN.                                                                                                                                                                                                                     |
| 14 | MANTENIMIENTO: PREVENTIVO Y CORRECTIVO POR PERSONAL CALIFICADO.                                                                                                                                                                                                                                |

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO POR EL LICITANTE

|                           |
|---------------------------|
| CLAVE:                    |
| 533.224.0026              |
| NOMBRE:                   |
| CENTRIFUGA MANUAL DE MESA |

|             |             |
|-------------|-------------|
| LICITANTE:  | MARCA:      |
| LICITACIÓN: | MODELO:     |
| PARTIDA(S): |             |
| GRUPO(S):   | FABRICANTE: |
|             | HOJA DE     |

| NO | SOLICITADO                                  |
|----|---------------------------------------------|
| 1  | FUERZA CENTRÍFUGA RELATIVA MÁXIMA DE 1000G. |
| 2  | CONTROL DE TIEMPO DE 3 A 6 MIN.             |
| 3  | FRENO.                                      |
| 4  | CON UNA O DOS VELOCIDADES.                  |
| 5  | PUERTA CON INTERRUPTOR DE SEGURIDAD.        |

| NO | DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL LICITANTE | FOLIO DE REFERENCIA |
|----|-----------------------------------|---------------------|
|    |                                   |                     |
|    |                                   |                     |
|    |                                   |                     |
|    |                                   |                     |
|    |                                   |                     |







Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Centro Médico Nacional de Occidente

UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia.



|   |                    |
|---|--------------------|
| 6 | ROTORES ANGULARES. |
| 7 | 127 V-60 HZ.       |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO POR EL  
LICITANTE

ANEXO T4 "CÉDULA DE RECEPCIÓN DE EQUIPOS"

PARTIDA: \_\_\_\_\_

REGIÓN: \_\_\_\_\_

OOAD/UMAE: \_\_\_\_\_

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_

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

NO. DE CONTRATO: \_\_\_\_\_

FECHA DE FALLO: \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EQUIPO (DE ACUERDO AL ANEXO T3) \_\_\_\_\_

1.- REMISIÓN DE ENTREGA NO. \_\_\_\_\_

2.- FECHA DE RECEPCIÓN DEL (LOS) EQUIPO(S) A ENTERA SATISFACCIÓN DEL JEFE DE SERVICIO, JEFE DE FINANZAS Y DEL JEFE DE CONSERVACIÓN DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

3.- MARCA1: \_\_\_\_\_

4.- MODELO1: \_\_\_\_\_

5.- PAQUETE DE ESTUDIOS O PROCEDIMIENTOS QUE REALIZA EL EQUIPO: \_\_\_\_\_:

1 LAS CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS SERÁN LAS MISMAS QUE FUERON ACEPTADAS DURANTE LA JUNTA DE ACLARACIÓN A LA CONVOCATORIA, EN LA PROPUESTA TÉCNICA DEL LICITANTE Y ACEPTADAS DURANTE EL PROCESO DE EVALUACIÓN.

6.- NÚMERO(S) DE SERIE: \_\_\_\_\_

7.- CLAVE DE CUADRO BÁSICO INSTITUCIONAL "EN CASO DE CONTAR CON UNA": \_\_\_\_\_

8.- FECHA DE ÚLTIMO MANTENIMIENTO \_\_\_\_\_

9.-TELÉFONO PARA SOLICITAR SOPORTE TÉCNICO \_\_\_\_\_

OBSERVACIÓN:

EN EL CASO DE QUE EXISTA DIFERENCIA DE LOS DATOS DE LA LISTA DE COTEJO DE LA RECEPCIÓN O ÉSTOS NO CORRESPONDAN A LOS CONTENIDOS EN EL CONTRATO O QUE NO SE ENCUENTREN EN PLENA CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO O NO SE ENCUENTRE DENTRO DE LO SOLICITADO O SE IDENTIFIQUE RIESGO POTENCIAL PARA LOS USUARIOS Y LOS PACIENTES SE LEVANTARÁ UN ACTA INFORMATIVA, DONDE SE DESCRIBA DETALLADAMENTE LA SITUACIÓN QUE MOTIVA LA NO RECEPCIÓN POR PARTE DEL INSTITUTO.

NOMBRE Y FIRMA

JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE  
SANGRE, CENTRO DE COLECTA O  
SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

NOMBRE Y FIRMA

ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD  
MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA

REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO



2026  
año de  
Margarita  
Maza

Belisario Domínguez No.771, Col. Independencia, C. P. 44340, Guadalajara, Jal. Tel: (33) 3668 3000





**ANEXO T4.1 "CÉDULA DE PUESTA A PUNTO"**

PARTIDA: \_\_\_\_\_  
REGIÓN: \_\_\_\_\_ PAQUETE \_\_\_\_\_  
OAO/UMAE: \_\_\_\_\_  
UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_  
PROVEEDOR: \_\_\_\_\_  
NO. DE CONTRATO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE FALLO: \_\_\_\_\_  
FECHA LÍMITE DE PUESTA A PUNTO: \_\_\_\_\_

La instalación del equipo  
obedece a alguno de los  
supuestos de "Mejora  
Tecnológica":  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

(EL DÍA 10 NATURAL CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DEL FALLO)  
FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO: \_\_\_\_\_

**ENTREGA DE ÁREA FÍSICA**

1.-FECHA EN QUE EL LICITANTE ADJUDICADO A CADA PARTIDA RECIBE POR PARTE DEL INSTITUTO EL ÁREA FÍSICA  
ASIGNADA DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

2.-IDENTIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA EL ÁREA ASIGNADA:

TOMA DE AGUA SI ( ) NO ( ) TOMA ELÉCTRICA SI ( ) NO ( )

3.-ENTREGA DE ESPACIO FÍSICO ASIGNADO PARA GUARDA Y CUSTODIA DE LOS BIENES DE CONSUMO  
SI ( ) NO ( )

COMENTARIOS/OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE  
SANGRE, CENTRO DE COLECTA O  
SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
REPRESENTANTE DE LA EMPRESA  
QUE OTORGA EL SERVICIO

**ADECUACIÓN DE ÁREA FÍSICA**

1.- ¿CUMPLIÓ CON LAS ADECUACIONES AL ÁREA FÍSICA PARA LA PUESTA A PUNTO? SI ( ) NO ( ) NO REQUIERE ( )

\*EN CASO AFIRMATIVO DEBERÁ DE PRESENTAR DOCUMENTO SOPORTE (ACTA ADMINISTRATIVA) DE ENTREGA DE LAS ADECUACIONES  
DEL ÁREA FÍSICA

2.- EN CASO AFIRMATIVO ¿EN QUE FECHA CONCLUYÓ LA ADECUACIÓN? \_DÍA/MES/AÑO\_

3.- NÚMERO DE DÍAS QUE EXCEDE EL NIVEL DE SERVICIO SI ESTE ES SU CASO: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS/OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE  
SANGRE, CENTRO DE COLECTA O  
SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
REPRESENTANTE DE LA EMPRESA  
QUE OTORGA EL SERVICIO

**ENTREGA E INSTALACIÓN DE EQUIPOS, PERIFÉRICOS Y ACCESORIOS**

1.- REMISIÓN DE ENTREGA NO. \_\_\_\_\_

2.- FECHA DE RECEPCIÓN DEL EQUIPO, A ENTERA SATISFACCIÓN DEL JEFE DE  
SERVICIO DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

3.- NÚMERO DE DÍAS QUE EXCEDE EL NIVEL DE SERVICIO SI ESTE ES SU CASO: \_\_\_\_\_



**2026**  
año de  
**Margarita  
Maza**





4.- MARCA1: \_\_\_\_\_

5.- MODELO1: \_\_\_\_\_

AÑO DE FABRICACIÓN \_\_\_\_\_

6.- PAQUETE DE ESTUDIOS O PROCEDIMIENTOS QUE REALIZA EL EQUIPO: \_\_\_\_\_:

1 LAS CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS SERÁN LAS MISMAS QUE FUERON ACEPTADAS DURANTE LA JUNTA DE ACLARACIÓN A LAS BASES, EN LA PROPUESTA TÉCNICA DEL LICITANTE Y ACEPTADAS DURANTE EL PROCESO DE EVALUACIÓN.

7.- NÚMERO DE SERIE: \_\_\_\_\_

8.- CLAVE DE COMPENDIO NACIONAL DE INSUMOS "EN CASO DE CONTAR CON UNA": \_\_\_\_\_

#### DE LA RECEPCIÓN DE EQUIPO

|                                                      | SI | NO |
|------------------------------------------------------|----|----|
| ¿SE RECIBIÓ EMPACADO?                                |    |    |
| ¿SE INSTALÓ POR PERSONAL TÉCNICO ESPECIALIZADO?      |    |    |
| ¿INCLUYE ACCESORIOS Y/O PERIFÉRICOS?                 |    |    |
| ¿SE CALIBRÓ EL EQUIPO?                               |    |    |
| ¿SE RECIBEN MANUALES DE OPERACIÓN EN IDIOMA ESPAÑOL? |    |    |
| ¿EL EQUIPO TRANSMITE DATOS AL SISTEMA INFORMÁTICO?   |    |    |

NOTA: EN EL CASO DE QUE EXISTA DIFERENCIA DE LOS DATOS DE LA LISTA DE COTEJO DE LA RECEPCIÓN O ÉSTOS NO CORRESPONDAN A LOS CONTENIDOS EN EL CONTRATO, O QUE NO SE ENCUENTREN EN PLENA CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO O NO SE ENCUENTRE DENTRO DE LO SOLICITADO O SE IDENTIFIQUE RIESGO POTENCIAL PARA LOS USUARIOS Y LOS PACIENTES, SE LEVANTARÁ UN ACTA INFORMATIVA, DONDE SE DESCRIBA DETALLADAMENTE LA SITUACIÓN QUE MOTIVA LA NO RECEPCIÓN POR PARTE DEL INSTITUTO.

COMENTARIOS/OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA  
JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE  
SANGRE, CENTRO DE COLECTA O  
SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

NOMBRE Y FIRMA  
REPRESENTANTE DE LA EMPRESA  
QUE OTORGA EL SERVICIO

#### BIENES DE CONSUMO

|                                                                                                | SI | NO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| ¿SE RECIBEN NUEVOS Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES?                                                   |    |    |
| ¿EXISTE COMPATIBILIDAD DE BIENES DE CONSUMO POR MARCA Y MODELO DE EQUIPO ENTREGADO?            |    |    |
| ¿LA PRIMERA DOTACIÓN CORRESPONDE PARA 45 (CUARENTA Y CINCO) DÍAS?                              |    |    |
| ¿CORRESPONDE LA VIGENCIA DE LOS REACTIVOS PARA SU CONSUMO AL MENOS DE 2 MESES DE SU CADUCIDAD? |    |    |
| SE ENTREGARON ANTES DEL INICIO DE LA OPERACIÓN                                                 |    |    |

1.- FECHA DE RECEPCIÓN DE LOS REACTIVOS Y BIENES DE CONSUMO A ENTERA SATISFACCIÓN DEL JEFE DE SERVICIO, DÍA\_\_\_\_\_ MES\_\_\_\_\_ AÑO\_\_\_\_\_

2.- NÚMERO DE DÍAS QUE EXCEDE EL NIVEL DE SERVICIO SI ESTE ES SU CASO: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS/OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA  
REPRESENTANTE DE LA EMPRESA  
QUE OTORGA EL SERVICIO



2026  
año de  
Margarita  
Maza





JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE  
SANGRE, CENTRO DE COLECTA O  
SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL INSTITUTO

SI NO

¿SE RECIBIÓ LA CAPACITACIÓN DEL EQUIPO? ANEXO T7.1 "REGISTRO DEL  
PERSONAL QUE ASISTE A LA CAPACITACIÓN

\* EL PROVEEDOR ADJUDICADO OTORGARÁ LA CAPACITACIÓN AL PERSONAL QUE SEA DESIGNADO POR EL INSTITUTO EN LAS UNIDADES MÉDICAS, DENTRO DE LA JORNADA LABORAL DEL TRABAJADOR, POR LO QUE SE REQUIERE UN ANEXO T7.1 "FORMATO ASISTENCIA A CAPACITACIÓN" POR CADA CAPACITACIÓN.

1.- FECHA DE LA ÚLTIMA CAPACITACIÓN OTORGADA A ENTERA SATISFACCIÓN DEL JEFE DE SERVICIO  
DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

2.- NÚMERO DE DÍAS QUE EXCEDE EL NIVEL DE SERVICIO POR CAUSAS IMPUTABLES AL PROVEEDOR ADJUDICADO, SI ESTE ES SU CASO:  
\_\_\_\_\_

COMENTARIOS/OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA  
JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE  
SANGRE, CENTRO DE COLECTA O  
SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

NOMBRE Y FIRMA  
REPRESENTANTE DE LA EMPRESA  
QUE OTORGA EL SERVICIO

SISTEMA DE INFORMACIÓN

SI NO

¿SE INSTALÓ CORRECTAMENTE EL SISTEMA DE INFORMACIÓN?

¿ENVÍA CORRECTAMENTE LOS MENSAJES VÍA HL7?

COMENTARIOS/OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE  
INFORMÁTICA/ING. BIOMÉDICO EN  
UMAE

NOMBRE Y FIRMA  
REPRESENTANTE DE LA EMPRESA  
QUE OTORGA EL SERVICIO

ASISTENCIA TÉCNICA

SI NO

¿SE CUENTA CON SOPORTE EN LÍNEA QUE  
FUNCIONE LAS 24 HORAS DEL DÍA, PARA LOS  
REPORTES DE FALLAS EN LOS EQUIPOS O EL  
SISTEMA DE INFORMACIÓN?

PUESTA A PUNTO

SI NO

UNA VEZ VERIFICADO Y VALIDADO POR EL  
JEFE DEL SERVICIO ¿EL EQUIPO SE  
ENCUENTRA EN PUESTO A PUNTO?







| FECHA DE PUESTA A PUNTO | FECHA LIMITE PUESTA A PUNTO                                 | DÍAS DE INCUMPLIMIENTO                                                                       |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| DÍA/MES/AÑO             | (30 (TREINTA) DÍAS NATURALES A PARTIR DE LA FECHA DE FALLO) | (EN CASO DE QUE LA PUESTA A PUNTO SE ENCUENTRE FUERA DE LA FECHA LÍMITE PARA PUESTA A PUNTO) |

COMENTARIOS/OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

(ADJUNTAR FOTOGRAFÍAS DEL EQUIPO INSTALADO Y SU ENTORNO)

COMENTARIOS/OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA

JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

NOMBRE Y FIRMA

REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO

NOTA: ES OBLIGATORIO FORMALIZAR EL PRESENTE ANEXO Y EL JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN Y EN COPIA DIGITAL A LA CPSMA/CTSMI AL CORREO ELECTRÓNICO CTSI.BS@IMSS.GOB.MX, DENTRO DE LOS 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES DESPUÉS DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO

**ANEXO T5 PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO.**

PARTIDA: \_\_\_\_\_

REGIÓN: \_\_\_\_\_ PAQUETE \_\_\_\_\_

OOAD/UMAE: \_\_\_\_\_

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_

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

NO. DE CONTRATO: \_\_\_\_\_

FECHA DE FALLO: \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO: \_\_\_\_\_

| PAQUETE | MARCA | MODELO | PERIODO DE REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO |     |     |
|---------|-------|--------|----------------------------------------------------------------|-----|-----|
|         |       |        | DÍAS                                                           | MES | AÑO |
|         |       |        |                                                                |     |     |
|         |       |        |                                                                |     |     |
|         |       |        |                                                                |     |     |
|         |       |        |                                                                |     |     |

NOMBRE Y FIRMA

REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO



2026  
año de  
Margarita  
Maza





ANEXO T5.1 REPORTE DE FALLA DE LOS QUIPOS

|                |         |         |                      |
|----------------|---------|---------|----------------------|
| PARTIDA:       | REGIÓN: | PAQUETE | PARA:                |
| OOAD/UMAE:     |         |         |                      |
| UNIDAD MÉDICA: |         |         | NOMBRE DEL PROVEEDOR |

|                                                                                                      |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL REPORTE DE INCIDENCIA DEL INSTITUTO                               |                  |
| NO. DE FOLIO ASIGNADO                                                                                |                  |
| FECHA Y HORA DEL REPORTE                                                                             |                  |
| EQUIPO REPORTADO                                                                                     | NÚMERO DE SERIE: |
|                                                                                                      | MARCA/MODELO:    |
|                                                                                                      | UBICACIÓN:       |
| DESCRIPCIÓN DE LA FALLA                                                                              |                  |
| FECHA DE ATENCIÓN DE LA INCIDENCIA                                                                   |                  |
| FECHA DE CIERRE DE LA INCIDENCIA                                                                     |                  |
| NÚMERO DE DÍAS QUE EXCEDIÓ EL NIVEL DE SERVICIO, SI ES EL CASO.                                      |                  |
| ¿LA FALLA OCASIONÓ EL ENVÍO DE MUESTRAS/UNIDADES A OTRO BANCO DE SANGRE DEL INSTITUTO? SI ( ) NO ( ) |                  |

NOMBRE Y FIRMA  
JEFE DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA  
O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

NOMBRE Y FIRMA  
REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE  
OTORGA EL SERVICIO

ANEXO T6 CÉDULA DE CONTROL DE BIENES DE CONSUMO

|                  |             |              |                         |             |                    |
|------------------|-------------|--------------|-------------------------|-------------|--------------------|
| PARTIDA:         | REGIÓN:     | PAQUETE:     | FECHA                   |             |                    |
| OOAD/UMAE:       |             |              | DÍA:                    | MES:        | AÑO:               |
| UNIDAD MÉDICA:   |             |              |                         |             |                    |
| NO. DE CONTRATO: |             |              | ENTREGA CORRESPONDIENTE |             |                    |
|                  |             |              | AL MES                  |             |                    |
|                  |             |              | DE ____ DEL 20__        |             |                    |
| NO.              | DESCRIPCIÓN | PRESENTACIÓN | CANTIDAD ENTREGADA      | NO. DE LOTE | FECHA DE CADUCIDAD |
|                  |             |              |                         |             |                    |
|                  |             |              |                         |             |                    |







|                                                                                              |                                                                          |                                           |                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| PARA SER LLENADO POR EL JEFE DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN |                                                                          |                                           |                                                 |
| FECHA DE RECEPCIÓN A CONFORMIDAD:                                                            | ¿EL REAPROVISIONAMIENTO CUBRE EL INVENTARIO DE 45 DÍAS DE PRODUCTIVIDAD? | ¿EXCEDIÓ EL NIVEL DE SERVICIO ESTIPULADO? | NÚMERO DE DÍAS QUE EXCEDIÓ EL NIVEL DE SERVICIO |
|                                                                                              |                                                                          | SI ( ) NO ( )                             |                                                 |

NOMBRE Y FIRMA  
JEFE DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE  
COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

NOMBRE Y FIRMA  
REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE  
OTORGA EL SERVICIO

ANEXO T6.1 DEVOLUCIÓN Y REPOSICIÓN

|                                                    |                                 |              |          |                                 |                  |                    |      |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|--------------|----------|---------------------------------|------------------|--------------------|------|
| PARTIDA :                                          |                                 | REGIÓN:      |          | PAQUETE                         | FECHA            |                    |      |
| OOAD/UMAE:                                         |                                 |              |          |                                 | DÍA:             | MES:               | AÑO: |
| UNIDAD MÉDICA:                                     |                                 |              |          |                                 | NO. DE CONTRATO: |                    |      |
|                                                    |                                 |              |          |                                 |                  |                    |      |
| NO.                                                | DESCRIPCIÓN DEL BIEN DE CONSUMO | PRESENTACIÓN |          | NO. DE LOTE                     |                  | FECHA DE CADUCIDAD |      |
| PROVEEDOR Y FABRICANTE:                            |                                 | CANTIDAD     |          | FECHA DE RECEPCIÓN EN LA UNIDAD |                  |                    |      |
|                                                    |                                 | RECIBIDA     | DEVUELTA | DÍA:                            | MES:             | AÑO:               |      |
| ENTREGA NO: _____                                  |                                 |              |          |                                 |                  |                    |      |
| DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS DEFECTOS ENCONTRADOS: |                                 |              |          |                                 |                  |                    |      |
|                                                    |                                 |              |          |                                 |                  |                    |      |
| NO.                                                | DESCRIPCIÓN DEL BIEN DE CONSUMO | PRESENTACIÓN |          | NO. DE LOTE                     |                  | FECHA DE CADUCIDAD |      |
| PROVEEDOR Y FABRICANTE:                            |                                 | CANTIDAD     |          | FECHA DE RECEPCIÓN EN LA UNIDAD |                  |                    |      |
|                                                    |                                 | RECIBIDA     | DEVUELTA | DÍA:                            | MES:             | AÑO:               |      |
| ENTREGA NO: _____                                  |                                 |              |          |                                 |                  |                    |      |
| DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS DEFECTOS ENCONTRADOS: |                                 |              |          |                                 |                  |                    |      |
|                                                    |                                 |              |          |                                 |                  |                    |      |
| NO.                                                | DESCRIPCIÓN                     | PRESENTACIÓN |          | NO. DE LOTE                     |                  | FECHA DE CADUCIDAD |      |
| PROVEEDOR Y FABRICANTE:                            |                                 | CANTIDAD     |          | FECHA DE RECEPCIÓN EN LA UNIDAD |                  |                    |      |
|                                                    |                                 | RECIBIDA     | DEVUELTA | DÍA:                            | MES:             | AÑO:               |      |
| DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS DEFECTOS ENCONTRADOS: |                                 |              |          |                                 |                  |                    |      |

NOMBRE Y FIRMA  
JEFE DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE  
COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

NOMBRE Y FIRMA  
REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO

ANEXO T7 PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

PARTIDA: \_\_\_\_\_  
REGIÓN: \_\_\_\_\_







Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Centro Médico Nacional de Occidente

UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia.



PAQUETE: \_\_\_\_\_

OOAD/UMAE: \_\_\_\_\_

UNIDAD MEDICA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CONTRATO: \_\_\_\_\_

CARTA PROGRAMÁTICA

| FECHA | HORA | EQUIPO DEL CUAL SE OTORGARÁ CAPACITACIÓN | SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL CUAL SE OTORGARÁ CAPACITACIÓN | TEMA |
|-------|------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------|
|       |      |                                          |                                                          |      |
|       |      |                                          |                                                          |      |
|       |      |                                          |                                                          |      |
|       |      |                                          |                                                          |      |

NOMBRE Y FIRMA

REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO



2026  
año de  
Margarita  
Maza

Belisario Domínguez No.771, Col. Independencia, C. P. 44340, Guadalajara, Jal. Tel: (33) 3668 3000





#### ANEXO T7.1 FORMATO ASISTENCIA A CAPACITACIÓN

PARTIDA: \_\_\_\_\_  
REGIÓN: \_\_\_\_\_  
PAQUETE: \_\_\_\_\_  
OOAD/UMAE: \_\_\_\_\_  
UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE CONTRATO: \_\_\_\_\_  
REMISIÓN DE ENTREGA DE EQUIPO NO. \_\_\_\_\_  
MARCA Y MODELO DEL EQUIPO: \_\_\_\_\_  
TEMA: \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_  
TURNO: \_\_\_\_\_

#### CONTROL DE ASISTENCIA

| NOMBRE | MATRÍCULA | CATEGORÍA | TURNO | FIRMA |
|--------|-----------|-----------|-------|-------|
|        |           |           |       |       |
|        |           |           |       |       |
|        |           |           |       |       |
|        |           |           |       |       |
|        |           |           |       |       |
|        |           |           |       |       |

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
JEFE DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

#### ANEXO T7.2 FORMATO DE ACREDITACIÓN DE LA CAPACITACIÓN

|                     |    |                         |        |         |                                                           |
|---------------------|----|-------------------------|--------|---------|-----------------------------------------------------------|
| NÚMERO<br>CONTRATO: | DE | UMAE:<br>UNIDAD MÉDICA: | REGIÓN | PAQUETE | FECHA DE ENTREGA DE LA<br>ACREDITACIÓN<br>DE CAPACITACIÓN |
| CLAVE               |    | NOMBRE DEL EQUIPO:      | MARCA  |         | MODELO                                                    |

POR MEDIO DE ESTE DOCUMENTO SE ACREDITA QUE LOS SIGUIENTES USUARIOS:

|                   |     |           |           |       |
|-------------------|-----|-----------|-----------|-------|
| NOMBRE<br>USUARIO | DEL | MATRÍCULA | CATEGORÍA | TURNO |
|-------------------|-----|-----------|-----------|-------|

ACREDITARON A ENTERA SATISFACCIÓN DEL JEFE O RESPONSABLE DEL DEPARTAMENTO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA Y/O SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, LA CAPACITACIÓN CORRESPONDIENTE AL USO Y CUIDADOS DEL EQUIPO MENCIONADO EN EL ENCABEZADO DE ESTE DOCUMENTO, ENFOCADO A QUE EL PERSONAL IDENTIFIQUE LOS COMPONENTES OPERATIVOS DEL EQUIPO, SU FUNCIONAMIENTO, ASÍ COMO LA UTILIZACIÓN Y EL MEJOR APROVECHAMIENTO DE LOS BIENES DE CONSUMO, Y CONTROL DE CALIDAD INTERNO. ASIMISMO SE CONFIRMA QUE DICHA CAPACITACIÓN, ESTUVO DE ACUERDO A LOS TEMAS ESTIPULADOS EN EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN CORRESPONDIENTE A DICHO EQUIPO Y QUE ES EL SIGUIENTE:

OBJETIVO DE LA CAPACITACIÓN:



2026  
año de  
Margarita  
Maza









ANEXO T8.1 RESUMEN DE BIENES DE CONSUMO

|                                                      |             |                 |                    |             |                                                       |                    |            |          |       |        |                      |                    |       |          |       |
|------------------------------------------------------|-------------|-----------------|--------------------|-------------|-------------------------------------------------------|--------------------|------------|----------|-------|--------|----------------------|--------------------|-------|----------|-------|
| EMPRESA LICITANTE:                                   |             |                 |                    |             |                                                       |                    |            |          |       |        | FECHA:               |                    |       |          |       |
| PARTIDA(S):                                          |             |                 |                    |             | REGIÓN(ES):                                           |                    |            |          |       |        |                      |                    |       |          |       |
| COPIA SIMPLE DE REGISTROS SANITARIOS POR LA COFEPRIS |             |                 |                    |             | REFERENCIA EN PROPUESTA TÉCNICA                       |                    |            |          |       |        |                      |                    |       |          |       |
| PAQUETE                                              | CLAVE GRUPO | NOMBRE DE GRUPO | CLV_ PROCEDIMIENTO | DESCRIPCIÓN | REACTIVO, CONTROL, CALIBRADOR, O CONSUMIBLE PROPUESTO | CLAVE DE COMENDATO | NOMBRE DEL | FECHA DE | MARCA | MODELO | TITULAR DEL REGISTRO | NÚMERO DE REGISTRO | VENCE | PRÓRROGA | FOLIO |
|                                                      |             |                 |                    |             |                                                       |                    |            |          |       |        |                      |                    |       |          |       |
|                                                      |             |                 |                    |             |                                                       |                    |            |          |       |        |                      |                    |       |          |       |
|                                                      |             |                 |                    |             |                                                       |                    |            |          |       |        |                      |                    |       |          |       |
|                                                      |             |                 |                    |             |                                                       |                    |            |          |       |        |                      |                    |       |          |       |
|                                                      |             |                 |                    |             |                                                       |                    |            |          |       |        |                      |                    |       |          |       |
|                                                      |             |                 |                    |             |                                                       |                    |            |          |       |        |                      |                    |       |          |       |
|                                                      |             |                 |                    |             |                                                       |                    |            |          |       |        |                      |                    |       |          |       |
|                                                      |             |                 |                    |             |                                                       |                    |            |          |       |        |                      |                    |       |          |       |
|                                                      |             |                 |                    |             |                                                       |                    |            |          |       |        |                      |                    |       |          |       |

NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DEL LICITANTE



2026  
año de  
Margarita  
Maza





#### ANEXO T9 REPORTE MENSUAL DE PROCEDIMIENTOS EFECTIVOS REALIZADOS

SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

PARTIDA: \_\_\_\_\_ REGIÓN: \_\_\_\_\_ PAQUETE \_\_\_\_\_

OOAD/UMAE: \_\_\_\_\_ UNIDAD MÉDICA \_\_\_\_\_

NO. DE CONTRATO: \_\_\_\_\_ VIGENCIA: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ DEL MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_.

EJEMPLO:

| CLAVE | PROCEDIMIENTO/ESTUDIO | NÚMERO DE<br>PROCEDIMIENTOS/ESTUDIOS REALIZADOS | PRECIO<br>UNITARIO<br>SIN IVA | IMPORTE SIN IVA |
|-------|-----------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------|
|       |                       |                                                 |                               |                 |
|       |                       |                                                 |                               |                 |
|       |                       |                                                 |                               |                 |
|       |                       |                                                 |                               |                 |

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE  
SANGRE, CENTRO DE COLECTA O  
SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
REPRESENTANTE DE LA EMPRESA  
QUE OTORGA EL SERVICIO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
DIRECTOR O RESPONSABLE DE LA UNIDAD MÉDICA

#### ANEXO T9.1 NOTIFICACIÓN DE PENA CONVENCIONAL

PARTIDA: \_\_\_\_\_ REGIÓN: \_\_\_\_\_ PAQUETE: \_\_\_\_\_

OOAD/UMAE: \_\_\_\_\_

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CONTRATO: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL MES DE: \_\_\_\_\_

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO SE NOTIFICA AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO DE LA PENA CONVENCIONAL APLICABLE. EL CUAL EL PROVEEDOR ES ACREEDOR TODA VEZ QUE ESTA ÁREA DE BANCO DE SANGRE/CENTRO DE COLECTA/SERVICIO DE TRANSFUSIÓN HA IDENTIFICADO EL INCUMPLIMIENTO SIGUIENTE:

| CONCEPTO | UNIDAD<br>MEDIDA | DE<br>PENA APLICABLE<br>% | COMENTARIO / OBSERVACIÓN | EVIDENCIA DOCUMENTAL |
|----------|------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------|
|----------|------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------|

LO ANTERIOR PARA SU CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PENA CONVENCIONAL APLICABLE REPORTADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

NOTA: ANEXAR DOCUMENTOS QUE SERVIRÁN COMO EVIDENCIA.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE SANGRE, CENTRO  
DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN







**ANEXO T9.2 NOTIFICACIÓN DE DEDUCTIVA**

PARTIDA: \_\_\_\_\_ REGIÓN: \_\_\_\_\_ PAQUETE: \_\_\_\_\_

OOAD/UMAE: \_\_\_\_\_

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CONTRATO: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL MES DE: \_\_\_\_\_

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO SE NOTIFICA AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO DE LA DEDUCCIÓN APLICABLE.  
EL CUAL EL PROVEEDOR ES ACREEDOR TODA VEZ QUE ESTA ÁREA DE BANCO DE SANGRE/CENTRO DE COLECTA/SERVICIO DE TRANSFUSIONES HA IDENTIFICADO EL INCUMPLIMIENTO SIGUIENTE:

| CONCEPTO                                                                                                             | UNIDAD DE MEDIDA | DE | DEDUCCIÓN % | COMENTARIO / OBSERVACIÓN | EVIDENCIA DOCUMENTAL |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----|-------------|--------------------------|----------------------|
| LO ANTERIOR PARA SU CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA DEDUCCIÓN APLICABLE REPORTADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO. |                  |    |             |                          |                      |

NOTA: ANEXAR DOCUMENTOS QUE SERVIRÁN COMO EVIDENCIA.

NOMBRE Y FIRMA

JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS

NOMBRE Y FIRMA

JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE SANGRE,  
CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE  
TRANSFUSIÓN



2026  
año de  
Margarita  
Maza





Gobierno de  
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.  
Centro Médico Nacional de Occidente  
UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia.



#### ANEXO T10 MEJORA TECNOLÓGICA

PARTIDA: \_\_\_\_\_  
REGIÓN: \_\_\_\_\_  
PAQUETE: \_\_\_\_\_  
OAO/UMAE: \_\_\_\_\_  
UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_  
PROVEEDOR: \_\_\_\_\_  
NO. DE CONTRATO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE FALLO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO: \_\_\_\_\_  
MOTIVO DE REEMPLAZO:

|                                                           |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| MENOR A MAYOR RENDIMIENTO ( )                             | ACTUALIZACIÓN O SUSTITUCIÓN DE HARDWARE O SOFTWARE DEL EQUIPO ( ) |
| CAMBIO POR PÉRDIDA DE VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO ( ) | CAMBIO DE METODOLOGÍA O SENSIBILIDAD/ESPECIFICIDAD ( )            |
| CAMBIO POR FALLA DE EQUIPO ( )                            |                                                                   |

#### EQUIPO INSTALADO

ANEXAR ANEXO T4 "CÉDULA DE RECEPCIÓN DE EQUIPOS"  
EQUIPO PROPUESTO PARA SUSTITUCIÓN

- 1.- MARCA1: \_\_\_\_\_
- 2.- MODELO1: \_\_\_\_\_
- 3.- PAQUETE O PRUEBAS QUE SE REALIZAN EN EL EQUIPO1: \_\_\_\_\_
- 4.- EN CASO DE QUE APLIQUE NÚMERO(S) DE SERIE: \_\_\_\_\_
- 5.- CLAVE DE CUADRO BÁSICO INSTITUCIONAL "EN CASO DE CONTAR CON UNA": \_\_\_\_\_
- 6.- CONSTANCIA DEL PRIMER MANTENIMIENTO PREVENTIVO (ANEXAR EVIDENCIA)
- 7.- CONSTANCIA DEL ÚLTIMO MANTENIMIENTO (ANEXAR EVIDENCIA)
- 8.- DE ACUERDO A LA EVIDENCIA ANTERIOR SE DETERMINA QUE EL EQUIPO TIENE UNA VIDA ÚTIL DE: \_\_\_\_\_ Y DEBERÁ SUSTITUIRSE MM/AÑO \_\_\_\_\_ DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ANEXO TÉCNICO.

#### JUSTIFICACIÓN DETALLADA DE LA SOLICITUD DE SUSTITUCIÓN DE EQUIPO

| NOMBRE                     | Y | FIRMA | DEL |
|----------------------------|---|-------|-----|
| ADMINISTRADOR DEL CONTRATO |   |       |     |

#### ANEXO T11 (ONCE) ENTREGA DE INSTALACIONES AL TÉRMINO DE

#### LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

PARTIDA: \_\_\_\_\_  
REGIÓN: \_\_\_\_\_  
PAQUETE: \_\_\_\_\_  
OAO/UMAE: \_\_\_\_\_  
UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_  
PROVEEDOR: \_\_\_\_\_  
NO. DE CONTRATO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE TÉRMINO DE CONTRATO: \_\_\_\_\_  
FECHA EN QUE EL INSTITUTO RECIBE POR PARTE DEL PROVEEDOR SALIENTE EL ÁREA FÍSICA ASIGNADA DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_  
SE REUNIERON EL ENCARGADO O JEFE DE BANCO DE SANGRE/CENTRO DE COLECTA/SERVICIO DE TRANSFUSIONES \_\_\_\_\_ Y EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO \_\_\_\_\_, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTES DEL



2026  
año de  
Margarita  
Maza

Belisario Domínguez No.771, Col. Independencia, C. P. 44340, Guadalajara, Jal. Tel: (33) 3668 3000





INSTITUTO Y EN SU CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR \_\_\_\_\_, CON EL FIN DE PROCEDER A LA ENTREGA Y RECEPCIÓN FORMAL DEL ÁREA FÍSICA EN BUENAS CONDICIONES Y EN ENTERA CONFORMIDAD DE LAS PARTES.

RECEPCIÓN DE ÁREA FÍSICA

1.-IDENTIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA EL ÁREA ENTREGADA:

TOMA DE AGUA SI ( ) NO ( ) TOMA ELÉCTRICA SI ( ) NO ( ) CONEXIONES PARA INTERFAZ SI ( ) NO ( )

2.-ENTREGA DE ESPACIO FÍSICO EN BUENAS CONDICIONES:

SI ( ) NO ( )

COMENTARIOS/OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA

JEFE O ENCARGADO DE  
BANCO DE SANGRE, CENTRO  
DE COLECTA O SERVICIO DE  
TRANSFUSIÓN

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA

REPRESENTANTE DEL  
PROVEEDOR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA





**ANEXO TI.1 (A.TI UNO)**

CARTA EN FORMATO LIBRE

ANEXO TI.2 ESPECIFICACIONES MÍNIMAS DE LOS EQUIPOS DE CÓMPUTO

EL EQUIPO DE CÓMPUTO DEBERÁ CUMPLIR COMO MÍNIMO CON LAS SIGUIENTES ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

**CANTIDADES DE EQUIPO DE CÓMPUTO POR UNIDAD MÉDICA**

UNIDADES MÉDICAS DEL ALTA ESPECIALIDAD (UMAE) CON BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN:

LA ENTREGA E INSTALACIÓN DE UN (1) SERVIDOR FÍSICO TIPO UNO (1) EN LA JEFATURA DEL BANCO DE SANGRE CON SU RESPECTIVO NO-BREAK PARA SERVIDOR Y REGULADOR

LA ENTREGA E INSTALACIÓN DE UNA (1) ESTACIÓN DE TRABAJO EN LA JEFATURA DEL BANCO DE SANGRE CON SU RESPECTIVO NO-BREAK PARA ESTACIÓN DE TRABAJO Y REGULADOR.

LA ENTREGA E INSTALACIÓN DE NUEVE (9) ESTACIONES DE TRABAJO PARA EL ÁREA DE BANCO DE SANGRE CON SU RESPECTIVO, LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS, NO-BREAK POR ESTACIÓN DE TRABAJO Y REGULADOR.

LA ENTREGA E INSTALACIÓN DE CUATRO (4) IMPRESORAS LÁSER PARA EL ÁREA DE BANCO DE SANGRE.

LA ENTREGA E INSTALACIÓN DE DOS (2) IMPRESORAS DE ETIQUETAS DE CÓDIGO DE BARRAS PARA TUBOS DE MUESTRA PARA LA RECEPCIÓN DEL BANCO DE SANGRE.

LA ENTREGA E INSTALACIÓN DE UNA (1) IMPRESORA DE ETIQUETAS DE CÓDIGO DE BARRAS PARA BOLSAS DE SANGRE EN EL BANCO DE SANGRE.

LA ENTREGA E INSTALACIÓN DE CUATRO (4) LECTORES DE HUELLA DIGITAL PARA EL BANCO DE SANGRE.

LA ENTREGA E INSTALACIÓN DE TRES (3) CÁMARAS FOTOGRÁFICAS PARA LA ADMISIÓN DEL BANCO DE SANGRE.

LA ENTREGA E INSTALACIÓN DEL CABLEADO DE CATEGORÍA 6 COMO MÍNIMO PARA TODOS LOS NODOS REQUERIDOS EN LA INSTALACIÓN DE RED DE LOS EQUIPOS INFORMÁTICOS SOLICITADOS.

LA ENTREGA E INSTALACIÓN DE UN (1) SWITCH DE 24 PUERTOS PARA LA DISTRIBUCIÓN DE CABLEADO DE RED PARA EL BANCO DE SANGRE, DEBERÁ PRESENTAR UNA PROPUESTA A LA DIDT A TRAVÉS DE LA CSDISA DEL MODELO QUE SE PRETENDA INTEGRAR A LA RED DEL INSTITUTO, ASÍ COMO LA CONFIGURACIÓN QUE TENDRÁ EL SWITCH, DESDE LAS IP'S DE ADMINISTRACIÓN HASTA LAS VLAN'S CONFIGURADAS EN EL EQUIPO.

LA ENTREGA E INSTALACIÓN DE UN (1) SISTEMA DE REGLETA DE 16 NODOS PARA EL CABLEADO DE RED DEL BANCO DE SANGRE DE CATEGORÍA 6 COMO MÍNIMO.

LA ENTREGA E INSTALACIÓN DE UN (1) GABINETE METÁLICO PARA SWITCH.

**RED DE DATOS DEL SERVICIO**

LA ENTREGA E INSTALACIÓN DE LA RED CONTEMPLARÁ UN SWITCH CON NO-BREAK Y PATCH PANEL QUE SERÁ FÍSICAMENTE INSTALADO EN LA JEFATURA DE LA UBICACIÓN SOLICITADA DENTRO DE UN GABINETE DE SEGURIDAD Y DEBERÁ INSTALAR UN NODO DE RED POR CADA ESTACIÓN DE TRABAJO Y OTRO NODO PARA EL SERVIDOR.

**SEGURIDAD INFORMÁTICA**

EL PROVEEDOR DEBERÁ APEGARSE A LAS NORMAS Y ESTÁNDARES QUE EMITE LA DIDT, EN MATERIA DE SEGURIDAD INFORMÁTICA (NO ACCESO A INTERNET, INSTALAR ANTIVIRUS, MANTENER LA SEGURIDAD MEDIANTE LOS FIX Y ACTUALIZACIONES DE LOS SISTEMAS OPERATIVOS DE SUS EQUIPOS DE CÓMPUTO, ENTRE OTRAS).

ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE LA INTERCONEXIÓN EN CASO DE SER REQUERIDA ENTRE LA RED DE INSTITUTO Y SU ESQUEMA DE COMUNICACIÓN DEBE SER AVALADA PARA CADA INMUEBLE CON BASE A UN DIAGRAMA DE LA SOLUCIÓN DONDE SE IDENTIFIQUEN PLENAMENTE TODOS LOS COMPONENTES DE ÉSTA.

**SERVIDOR TIPO CENTRAL**

PARA CENTRALIZACIÓN POR REGIÓN

PROCESADOR: CUATRO PROCESADORES INTEL XEON A 2.4 GHZ, AMD OPTERON O SUPERIOR

SOCKETS DEL PROCESADOR: 1

NÚCLEOS DE PROCESADOR: 8

CACHE: 2.5 MB POR NÚCLEO TOTAL 20 MB CACHE

MEMORIA: 128 GB DDR3

**2026**  
año de  
**Margarita Maza**





DISCOS DUROS: 5 DISCOS TIPO SAS DE 10 K RPM, DE 1 TB O SUPERIOR DE ESTADO SÓLIDO  
ARREGLO RAID: TIPO 5  
TARJETA DE RED: 2 TARJETAS INTEGRADAS DE 1 GBPS  
MONITOR: PLANO DE 17" O SUPERIOR  
TECLADO: USB  
MOUSE: USB  
FUENTE DE ALIMENTACIÓN: HOT PLUG Y REDUNDANTE CON CAPACIDAD ACORDE AL SERVIDOR OFERTADO.  
CHASIS: TORRE/RACK  
SISTEMA OPERATIVO: WINDOWS SERVER 2016 O SUPERIOR EN ESPAÑOL  
BASE DE DATOS: SQL SERVER 2016 O SUPERIOR ESTÁNDAR, ORACLE

**ESTACIONES DE TRABAJO  
PARA TODOS LOS TIPOS DE UNIDAD**

PROCESADOR: INTEL CORE I5 A 3.6 GHZ, AMD ATLON II, O SUPERIOR  
SOCKETS DEL PROCESADOR: 1  
NÚCLEOS DE PROCESADOR: 4 NÚCLEOS  
CACHE: 3 MB  
MEMORIA: 8 GB DDR3 MÍNIMO  
DISCO DURO: DISCOS TIPO SDD DE 1 TB O SUPERIOR DE ESTADO SÓLIDO  
TARJETA DE RED: INTEGRADA EN MOTHERBOARD DE 1 GBPS  
MONITOR: PLANO DE 19" O SUPERIOR  
TECLADO: USB  
MOUSE: USB  
FUENTE DE ALIMENTACIÓN: ESTACIÓN DE TRABAJO CERTIFICADA ENERGY STAR®  
SISTEMA OPERATIVO: WINDOWS 10 PROFESIONAL 64 BITS ESPAÑOL  
UNIDAD ÓPTICA: SIN UNIDAD ÓPTICA.  
CHASIS: TORRE / SMALL FORM FACTOR (SFF)/ ALL- IN-ONE  
PUERTOS DE E/S: 2 PUERTOS USB 3.0 EXTERNOS POSTERIOR, 6 PUERTOS USB 2.0 EXTERNOS (2 FRONTALES, 4 TRASEROS), 1 O 2 PUERTOS SERIALES (SEGÚN INTERFASES A CONECTAR), 1 RJ45, 1 VGA (D-SUB).

**IMPRESORA LÁSER  
PARA TODOS LOS TIPOS DE UNIDAD**

TIPO DE IMPRESIÓN: TECNOLOGÍA LÁSER  
COLOR DE IMPRESIÓN: MONOCROMÁTICA  
RESOLUCIÓN MÁXIMA DE IMPRESIÓN: 1200 X 1200 DPI  
MÁXIMA VELOCIDAD DE IMPRESIÓN: 35 PPM A4  
IMPRESIÓN A DOBLE CARA: SI  
MEMORIA ESTÁNDAR: 128 MB  
USB: SI  
ETHERNET: SI, PUERTO DE 1 GBPS  
BANDEJA DE ENTRADA: 250 HOJAS  
BANDEJA DE MULTIFUNCIÓN: 50 HOJAS  
BANDEJA DE SALIDA: 150 HOJAS  
VOLTAJE DE ENTRADA: 110 VOLTS

**IMPRESORA DE ETIQUETAS DE CÓDIGO DE BARRAS  
PARA TODOS LOS TIPOS DE UNIDAD**

TIPO DE IMPRESIÓN: TECNOLOGÍA TÉRMICA DIRECTA  
COLOR DE IMPRESIÓN: MONOCROMÁTICA  
RESOLUCIÓN MÁXIMA DE IMPRESIÓN: 203 DPI  
MÁXIMA VELOCIDAD DE IMPRESIÓN: 127 MM/S



**2026**  
año de  
**Margarita  
Maza**





MEMORIA ESTÁNDAR: 8 MB  
MEMORIA FLASH: 8 MB  
PUERTO USB: SI  
TIPO DE MEDIO DE IMPRESIÓN: ETIQUETAS TÉRMICAS DIRECTAS  
ANCHO DE IMPRESIÓN: 4.09" /104 MM  
VELOCIDAD DE IMPRESIÓN: 4"/102 MM POR SEGUNDO  
SIMBOLOGÍA DE CÓDIGO DE BARRAS: CODE 128, CODE 39, INTERLEAVED 2 OF 5, CODABAR  
VOLTAJE DE ENTRADA: 110 VOLTS  
LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS  
PARA TODOS LOS TIPOS DE UNIDAD

MODO DE LECTURA: MANUAL Y MANOS LIBRES  
PATRÓN DE LECTURA: OMNIDIRECCIONAL  
DIMENSIÓN DE CÓDIGO DE BARRAS: 1 D, 2 D  
CONFIRMACIÓN DE LECTURA: VISUAL Y AUDIBLE, ZUMBADOR DE LECTURA  
FUENTE DE LUZ: LED DE 625 NM  
CAMPO DE VISIÓN: 46° HORIZONTAL X 29.5° VERTICAL  
VELOCIDAD DE LECTURA VERTICAL: HASTA 2.3 M POR SEGUNDO  
DECODIFICACIÓN DE SIMBOLOGÍA: CODE 128, CODE 39, INTERLEAVED 2 OF 5, CODABAR  
TEMPERATURA DE FUNCIONAMIENTO: DE 0°C A 40°C  
EFECTO DE LUZ AMBIENTAL: NO SE VE AFECTADO POR LUZ SOLAR, INCANDESCENTE, FLUORESCENTE  
INTERFASE: CABLE USB  
MONTAJE: SOPORTE PARA MONTAJE EN PARED O MONTAJE FIJO

LECTOR DE HUELLA DIGITAL.  
PARA TODOS LOS TIPOS DE UNIDAD  
CONEXIÓN: USB 2.0  
RESOLUCIÓN DEL SENSOR: 512 PPI  
TIPO DE SENSOR: ÓPTICO  
ÁREA DE CAPTURA: 15 X 18 MM

LECTOR DE HUELLA DIGITAL.  
PARA TODOS LOS TIPOS DE UNIDAD  
CONEXIÓN: USB 2.0  
RESOLUCIÓN: 5 MP  
RESOLUCIÓN DE IMÁGENES: 1024 X 768

NO-BREAK PARA SERVIDOR TIPO 1 Y 2 (UPS DE DOBLE CONVENSIÓN).  
PARA TODOS LOS TIPOS DE UNIDAD

TECNOLOGÍA: STANDBY  
VOLTAJE DE ENTRADA: 110 VOLTS  
VOLTAJE DE SALIDA: 120 VOLTS  
NO. DE FASES: MONOFÁSICA  
RECEPTÁCULOS: 5 X NEMA 5-15R  
TIEMPO DE RESPALDO: 20 MINUTOS EN CASO DE FALLA DEL SUMINISTRO ELÉCTRICO  
CAPACIDAD: LA REQUERIDA PARA LOGRAR LOS 20 MINUTOS DE RESPALDO ACORDE AL CONSUMO DEL  
SERVIDOR OFERTADO  
RANGO DE TENSIÓN DE ENTRADA: 88 – 139 VOLTS  
PUERTO DE COMUNICACIONES: PARA MONITOREO DEL NO BREAK Y APAGADO CONTROLADO DEL SERVER EN CASO DE  
INTERRUPCIONES PROLONGADAS A MÁS DE LOS 20 MINUTOS REQUERIDOS  
PROTECTOR DE PICOS: SI  
TIEMPO DE RECARGA: 8 HORAS  
ALARMA AUDIBLE: SI  
TEMPERATURA DE OPERACIÓN: 0°C A 40°C







**NO-BREAK PARA SERVIDOR TIPO 3 Y ESTACIÓN DE TRABAJO.  
PARA TODOS LOS TIPOS DE UNIDAD**

|                              |                                                                        |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| TECNOLOGÍA:                  | STANDBY                                                                |
| VOLTAJE DE ENTRADA:          | 120 VOLTS                                                              |
| VOLTAJE DE SALIDA:           | 120 VOLTS                                                              |
| NO. DE FASES:                | MONOFÁSICA                                                             |
| RECEPTÁCULOS:                | LOS NECESARIOS PARA LA ESTACIÓN DE TRABAJO CON EL MONITOR              |
| TIEMPO DE RESPALDO:          | 15 MINUTOS                                                             |
| CAPACIDAD:                   | ACORDE A LA POTENCIA REQUERIDA POR LA ESTACIÓN DE TRABAJO Y EL MONITOR |
| OFERTADOS                    |                                                                        |
| RANGO DE TENSIÓN DE ENTRADA: | 88 – 139 VOLTS                                                         |
| PROTECTOR DE PICOS:          | SI                                                                     |
| TIEMPO DE RECARGA:           | 6 HORAS                                                                |
| ALARMA AUDIBLE:              | SI                                                                     |
| TEMPERATURA DE OPERACIÓN:    | 0°C A 40°C                                                             |

**REGULADORES DE VOLTAJE PARA SERVIDORES TIPO 1, 2 Y PARA ESTACIONES DE TRABAJO.**

**PARA TODOS LOS TIPOS DE UNIDAD**

|                                  |                              |
|----------------------------------|------------------------------|
| TENSIÓN NOMINAL DE ENTRADA:      | 127 VOLTS                    |
| CORRIENTE MÁXIMA:                | 10 AMPERS                    |
| FRECUENCIA:                      | 60 HZ +/- 5%                 |
| INTERVALO DE VOLTAJE DE ENTRADA: | 102 – 140 VOLTS              |
| TENSIÓN NOMINAL DE SALIDA:       | 120 VOLTS                    |
| CAPACIDAD:                       | 1300 VA / 700 W              |
| SOBRECARGA:                      | 400% POR 10 CICLOS           |
| RECEPTÁCULOS DE SALIDA:          | 4 POLARIZADOS POR NEMA 5-15R |
| TEMPERATURA DE OPERACIÓN:        | DE 0°C A 40°C                |

SWITCH 8 PUERTOS, SEGÚN EL NÚMERO DE ESTACIONES, CAPA 3 DE MANERA QUE SE GARANTICE LA TRANSMISIÓN DE GRANDES VOLUMENES DE INFORMACIÓN CON ALTA VELOCIDAD PARA ASEGURAR LA INTEGRIDAD DE LOS DATOS. DE ESTA FORMA SE FACILITA QUE EL MANTENIMIENTO DE LOS SERVIDORES PUEDA SER REMOTO OPTIMIZANDO COSTOS.

|                     |          |
|---------------------|----------|
| TECNOLOGÍA DE RED:  | ETHERNET |
| PUERTOS:            | 8        |
| CONECTORES:         | RJ45     |
| VELOCIDAD:          | 1 GBPS   |
| VOLTAJE DE ENTRADA: | 110 V AC |
| APIABLE:            | SI       |

SWITCH 16 O 24 PUERTOS, SEGÚN EL NÚMERO DE ESTACIONES, CAPA 3 DE MANERA QUE SE GARANTICE LA TRANSMISIÓN DE GRANDES VOLUMENES DE INFORMACIÓN CON ALTA VELOCIDAD PARA ASEGURAR LA INTEGRIDAD DE LOS DATOS. DE ESTA FORMA SE FACILITA QUE EL MANTENIMIENTO DE LOS SERVIDORES PUEDA SER REMOTO OPTIMIZANDO COSTOS.

|                       |          |
|-----------------------|----------|
| TECNOLOGÍA DE RED:    | ETHERNET |
| PUERTOS:              | 16 A 24  |
| CONECTORES:           | RJ45     |
| VELOCIDAD:            | 1 GBPS   |
| RANURA DE EXPANSIÓN:  | SI, SFP  |
| VOLTAJE DE ENTRADA:   | 110 V AC |
| APIABLE:              | SI       |
| MONTABLE EN BASTIDOR: | SI       |







CONSUMIBLES

ETIQUETAS PARA CÓDIGO DE BARRAS

ROLLO CON 2,000 ETIQUETAS AUTOADHERIBLES, BLANCAS SIN IMPRESIÓN, EN PAPEL TÉRMICO, PARA TUBOS CON MEDIDAS DE 49 X 25 MM.

TÓNER

CARTUCHO COMPATIBLE CON LAS IMPRESORAS SEGÚN MODELO OFERTADO, CON SELLO DE GARANTÍA. NO SE ACEPTAN RELLENADOS.

PAPEL

HOJAS BLANCAS

TAMAÑO CARTA 8.5" X 11"

GRAMAJE 75 GRS

CUALQUIER ADECUACIÓN O INSTALACIÓN ADICIONAL QUE REQUIERA ALGUNA DE LAS UNIDADES MÉDICAS, DEBERÁ SER CONCILIADA ENTRE EL JEFE DE BANCO DE SANGRE Y EL PROVEEDOR ADJUDICADO.

EN EL SUPUESTO DE QUE EL PROVEEDOR REQUIERA DE MÁS DE UN EQUIPO MENCIONADO O CARACTERÍSTICAS SUPERIORES EN LOS EQUIPOS DE ESTE APARTADO PARA CUMPLIR CON LOS NIVELES DE SERVICIO, PODRÁ ADICIONARLOS A LA SOLUCIÓN PROPUESTA, SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO.

ANEXO TI.3 ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ANEXO NÚMERO TI. 3 (TI. TRES)

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

[HOJA MEMBRETADA POR EL PROVEEDOR DEL SERVICIO]

SE MUESTRA DE MANERA INFORMATIVA EL TEXTO CORRESPONDIENTE AL ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD QUE DEBERÁ PRESENTARSE A FIRMAR, EN LAS OFICINAS DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, EL REPRESENTANTE LEGAL CON FACULTADES DE ADMINISTRACIÓN O DE DOMINIO DEL PROVEEDOR ADJUDICADO.

\_\_\_\_\_, A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_

POR MEDIO DEL PRESENTE, NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD NOMBRE DEL PROVEEDOR O RAZÓN SOCIAL (EN ADELANTE EL PRESTADOR) MANIFIESTO QUE CUALQUIER INFORMACIÓN ORAL O ESCRITA QUE SEA PROPORCIONADA CON MOTIVO DE TRABAJO A REALIZAR PARA EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (EN ADELANTE "EL INSTITUTO"), SERÁ TRATADA DE ACUERDO A LAS SIGUIENTES:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- INFORMACIÓN CONFIDENCIAL.- PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE ACUERDO, EL TÉRMINO "INFORMACIÓN" O "INFORMACIÓN CONFIDENCIAL" SIGNIFICA TODOS LOS DATOS, CONVERSACIONES TELEFÓNICAS, MENSAJES DE AUDIO, MENSAJES DE GRABADORAS, CINTAS MAGNÉTICAS, PROGRAMAS DE CÓMPUTO Y SUS CÓDIGOS FUENTE ENTRE OTROS MEDIOS DE COMUNICACIÓN, TALES COMO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN DISCOS COMPACTOS (CD), MENSAJES DE DATOS ELECTRÓNICOS (CORREOS ELECTRÓNICOS), MEDIOS ÓPTICOS O DE CUALQUIER OTRA TECNOLOGÍA O CUALQUIER OTRO MATERIAL QUE CONTENGA INFORMACIÓN JURÍDICA, OPERATIVA, TÉCNICA, FINANCIERA O DE ANÁLISIS, REGISTROS, DOCUMENTOS, ESPECIFICACIONES, PRODUCTOS, INFORMES, DICTÁMENES Y DESARROLLOS A QUE TENGA ACCESO O QUE LE SEAN PROPORCIONADOS POR "EL INSTITUTO".

DE IGUAL FORMA, SERÁ CONSIDERADA COMO CONFIDENCIAL AQUELLA INFORMACIÓN DERIVADA DE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO QUE PRESTE "EL PRESTADOR" QUE SEÑALE "EL INSTITUTO" Y SEA PROPIEDAD EXCLUSIVA DE ÉSTE.

SEGUNDA.- OBLIGACIÓN DE NO-DIVULGACIÓN.- "EL PRESTADOR" RECONOCE QUE QUEDA PROHIBIDA SU DIFUSIÓN Y/O UTILIZACIÓN TOTAL O PARCIAL EN SU FAVOR O DE TERCEROS AJENOS A LA RELACIÓN CONTRACTUAL, POR CUALQUIER MEDIO, ENTRE OTROS DE MANERA ENUNCIATIVA MÁS NO LIMITATIVA: VÍA ORAL, IMPRESA, ELECTRÓNICA, MAGNÉTICA, ÓPTICA Y EN GENERAL POR NINGÚN MEDIO CONOCIDO O POR DESARROLLAR, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES (LFPDPPP), LEY DE LA PROPIEDAD INDUSTRIAL Y DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A



2026  
año de  
Margarita  
Maza





LA INFORMACIÓN PÚBLICA. SI NO SE CUMPLEN LOS TÉRMINOS DE LAS LEYES ANTES MENCIONADAS SERÁN SANCIONADOS EN BASE A LO QUE ESTIPULE CADA UNA DE LAS MISMAS.

EN ESTE SENTIDO, ACEPTA QUE LA PROHIBICIÓN SEÑALADA EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, COMPRENDE INCLUSIVE, EN FORMA ENUNCIATIVA MÁS NO LIMITATIVA, QUE NO SE PODRÁ LLEVAR A CABO LA DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN CON FINES DE LUCRO, COMERCIALES, ACADÉMICOS, EDUCATIVOS O PARA CUALQUIER OTRO, POR LO QUE "EL PRESTADOR" SE RESPONSABILIZA DEL USO Y CUIDADO DE LA INFORMACIÓN, A NOMBRE PROPIO Y DE LAS PERSONAS QUE FORMEN PARTE DEL MISMO, ASÍ COMO DEL PERSONAL DIRECTIVO, ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO QUE LAS CONFORMEN.

ADICIONALMENTE, "EL PRESTADOR" SE OBLIGA A LO SIGUIENTE:

UTILIZAR TODA LA INFORMACIÓN A QUE TENGA ACCESO O GENERADA CON MOTIVO DE SU PRESTACIÓN DE SERVICIO ANTE "EL INSTITUTO" ÚNICAMENTE PARA CUMPLIMENTAR EL OBJETO DEL CONTRATO ADJUDICADO.

LIMITAR LA REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN A QUE TENGA ACCESO, ÚNICAMENTE A LAS PERSONAS QUE DENTRO DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN SE ENCUENTREN AUTORIZADAS PARA CONOCERLA, HACIENDO RESPONSABLE DEL USO QUE DICHAS PERSONAS PUEDAN HACER DE LA MISMA.

NO HACER COPIAS DE LA INFORMACIÓN, SIN LA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE "EL INSTITUTO".

NO REVELAR A NINGÚN TERCERO LA INFORMACIÓN, SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE "EL INSTITUTO".

MANTENER ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y/O DOCUMENTACIÓN RELACIONADA CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, BAJO LA PENA DE INCURRIR EN RESPONSABILIDAD PENAL, CIVIL O DE OTRA ÍNDOLE, Y POR LO TANTO, NO PODRÁ SER DIVULGADA, TRANSMITIDA, NI UTILIZADA EN BENEFICIO PROPIO O DE TERCERO.

TERCERA. - DEVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN.- UNA VEZ CONCLUIDA LA VIGENCIA DEL PRESENTE ACUERDO, "EL PRESTADOR", ENTREGARÁ A "EL INSTITUTO" TODO MATERIAL, DOCUMENTOS Y COPIAS QUE CONTENGAN LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE LE HAYA SIDO PROPORCIONADA POR "EL INSTITUTO", NO DEBIENDO CONSERVAR EN SU PODER NINGÚN MATERIAL, DOCUMENTOS Y COPIAS QUE CONTENGA LA REFERIDA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL.

"EL PRESTADOR" CONVIENE EN LIMITAR EL ACCESO DE DICHA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL A SUS EMPLEADOS O REPRESENTANTES, SIN EMBARGO, NECESARIAMENTE HARÁN PARTÍCIPE Y OBLIGADOS SOLIDARIOS A AQUELLOS, RESPECTO DE SUS OBLIGACIONES DE CONFIDENCIALIDAD AQUÍ CONTRAÍDAS. CUALQUIER PERSONA QUE TUVIERE ACCESO A DICHA INFORMACIÓN, DEBERÁ SER ADVERTIDA DE LO CONVENIDO EN ESTE DOCUMENTO, COMPROMETIÉNDOSE A OBSERVAR Y CUMPLIR LO ESTIPULADO EN ESTE PUNTO.

"EL PRESTADOR" ACEPTA QUE TODAS LAS ESPECIFICACIONES, PRODUCTOS, ESTUDIOS TÉCNICOS, INFORMES, DICTÁMENES, DESARROLLOS, CÓDIGOS FUENTE Y PROGRAMAS, DATOS CLÍNICOS, ASÍ COMO TODO AQUELLO QUE SE OBTENGA COMO RESULTADO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, SERÁN CONFIDENCIALES.

LA DURACIÓN DEL PRESENTE DOCUMENTO SERÁ LA MENOR DE ENTRE LAS SIGUIENTES:

1 (UN) AÑO CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE FIRMA DE ESTE ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD. EL PLAZO DE 1 (UN) AÑO ANTES MENCIONADO PODRÁ SER PRORROGADO, UNA O MÁS VECES, POR VOLUNTAD DE LAS PARTES POR PERIODOS ADICIONALES DE 1 (UN) AÑO CADA UNO, EN CUYO CASO DICHAS PRÓRROGAS DEBERÁN CONSTAR POR ESCRITO Y ESTAR FIRMADAS POR AMBAS PARTES O REDUCIDO EN CASO DE VIGENCIA DE CONTRATO MENOR A 1 (UN) AÑO.

ESTE DOCUMENTO SOLAMENTE PODRÁ SER MODIFICADO MEDIANTE CONSENTIMIENTO DE LAS PARTES, OTORGADO POR ESCRITO.

EL PRESENTE DOCUMENTO SE REGISTRARÁ POR LAS LEYES VIGENTES EN LA CIUDAD DE MÉXICO. PARA TODO LO RELACIONADO CON LA INTERPRETACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE DOCUMENTO LAS PARTES SE SOMETEN A LA JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES COMPETENTES EN LA CIUDAD DE MÉXICO, EXPRESAMENTE RENUNCIANDO A CUALQUIER OTRO FUERO QUE PUDIERA CORRESPONDERLES POR RAZÓN DE SUS DOMICILIOS PRESENTES O FUTUROS O POR CUALQUIER OTRA CAUSA.

ESTE DOCUMENTO SE FIRMA POR DUPLICADO AL CALCE DE CADA UNA DE SUS HOJAS ÚTILES POR AMBOS LADOS, QUEDANDO UN ORIGINAL EN PODER DE CADA UNA DE LAS PARTES, EN \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, COL \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, GUADALAJARA, JALISCO, C.P. XXXXX EL [DÍA] DE [MES] DE 203[AÑO].

\_\_\_\_\_  
[NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR  
ADJUDICADO CON FACULTADES DE ADMINISTRACIÓN O DE DOMINIO]

\_\_\_\_\_  
[NOMBRE Y FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO EN EL IMSS]





**ANEXO TI.4 DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ANEXO NÚMERO TI. 4 (TI. CUATRO)

DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE

[HOJA MEMBRETADA POR EL PROVEEDOR DEL SERVICIO]

[LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL OFICIO]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ATENCIÓN:

[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO]

P R E S E N T E.

ESTIMADO [ADMINISTRADOR DEL CONTRATO] A NOMBRE DE MI REPRESENTADA [NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO] ME PERMITO POR MEDIO DEL PRESENTE DAR A CONOCER LOS DATOS DE CONTACTO DE LA(S) PERSONA(S) RESPONSABLE(S) DE ESTABLECER COMUNICACIÓN ENTRE EL INSTITUTO Y NUESTRA REPRESENTADA PARA TODO LO REFERENTE AL SISTEMA DE INFORMACIÓN, EN RELACIÓN AL ANEXO TI 5 (TI CINCO), LOS CUALES SE DETALLAN A CONTINUACIÓN:

[NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE]

[CARGO DEL REPRESENTANTE]

[DIRECCIÓN COMPLETA DEL REPRESENTANTE]

[TELÉFONO Y EXTENSIÓN]

[CORREO ELECTRÓNICO]

LO ANTERIOR PARA DAR CUMPLIMIENTO CON LO REQUERIDO EN EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN CON NÚMERO \_\_\_\_\_ PARA LAS PARTIDAS \_\_\_\_\_ RELATIVOS AL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE \_\_\_\_\_ DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.  
SIN OTRO PARTICULAR QUEDO DE USTED, ENVIÁNDOLES CORDIALES SALUDOS.

ATENTAMENTE

[NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR CON FACULTADES DE ADMINISTRACIÓN O DE DOMINIO]

REPRESENTANTE LEGAL DE [NOMBRE DEL PROVEEDOR ADJUDICADO]

**ANEXO TI.5 DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE

ANEXO NÚMERO TI. 5 (TI. CINCO)

[HOJA MEMBRETADA POR EL PROVEEDOR DEL SERVICIO]

[LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL OFICIO]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ATENCIÓN:

[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO]

P R E S E N T E

ESTIMADO [ADMINISTRADOR DEL CONTRATO] A NOMBRE DE MI REPRESENTADA [NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO] ME PERMITO POR MEDIO DEL PRESENTE DAR A CONOCER LOS DATOS DEL (LOS) SISTEMA(S) DE INFORMACIÓN QUE PROPONE IMPLANTAR EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN Y LA(S) EMPRESA(S) QUE LE DARÁ SOPORTE, LOS CUALES SE DETALLAN A CONTINUACIÓN:

[NOMBRE COMPLETO DEL SISTEMA]

[VERSIÓN DEL SISTEMA]

[UNIDADES DONDE IMPLANTARA ESTE SISTEMA]

[NOMBRE COMPLETO DE LA EMPRESA SOPORTE]

[DIRECCIÓN COMPLETA DE LA EMPRESA SOPORTE]

[NOMBRE COMPLETO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]

[TELÉFONO Y EXTENSIÓN DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]

[CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]



2026  
año de  
Margarita  
Maza





LO ANTERIOR PARA DAR CUMPLIMIENTO CON LO REQUERIDO EN EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN CON NÚMERO \_\_\_\_\_ PARA LAS PARTIDAS \_\_\_\_\_ RELATIVOS AL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE \_\_\_\_\_ DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.  
SIN OTRO PARTICULAR QUEDO DE USTED, ENVIÁNDOLES CORDIALES SALUDOS

ATENTAMENTE

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

ANEXO TI.6 SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ANEXO NÚMERO TI. 6 (TI. SEIS)

SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD

[EN HOJA MEMBRETADA DE LA EMPRESA]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ATENCIÓN:

[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO]

P R E S E N T E.

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

POR MEDIO DEL PRESENTE ME PONGO EN CONTACTO CON EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE AL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE \_\_\_\_\_ EN EL IMSS, CONCERNIENTE AL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN CON NÚMERO \_\_\_\_\_, RELACIONADO CON LAS PARTIDAS \_\_\_\_\_, A EFECTO DE SOLICITAR LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE MENSAJES HL7 DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN OFERTADO CONFORME A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PLAZOS ESTABLECIDOS EN EL MISMO, POR LA CONVOCANTE.

LUGAR Y FECHA

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

TERMINOS Y CONDICIONES DEL SERVICIO

SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE 10 ABRIL – 30 SEPTIEMBRE 2026

EN CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO EN EL NUMERAL 4.24.4 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS (POBALINES) EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SE ESTABLECEN LOS PRESENTES TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE.

VIGENCIA Y EJERCICIO PRESUPUESTAL DE LA CONTRATACIÓN

EL PLAZO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE SERÁ PARA PRESTAR EL SERVICIO A PARTIR DEL DÍA 10 DE ABRIL 2026 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2026.

TIPO DE CONTRATACIÓN

ESTE PROCEDIMIENTO SE FORMALIZARÁ A TRAVÉS DE CONTRATO POR PARTIDA POR UMAE. EL CONTRATO SERÁ ABIERTO, EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 47 DE LA LAASSP Y 85 DE SU REGLAMENTO ACLARANDO QUE LA ENTREGA, RECEPCIÓN, ALTA Y PAGO SE REALIZARÁ EN CADA UNIDAD MÉDICA DE LA UMAE.

PLAZO Y CONDICIONES DE ENTREGA

EL PROVEEDOR, PROCEDERÁ A REALIZAR LAS ADECUACIONES DEL ÁREA, ENTREGARÁ, INSTALARÁ Y PONDRÁ A PUNTO LOS EQUIPOS DE BANCO DE SANGRE E INFORMÁTICO, ENTREGARÁ LA PRIMERA DOTACIÓN DE LOS BIENES DE CONSUMO EQUIVALENTE A 45 (CUARENTA Y CINCO) DÍAS DE PRODUCTIVIDAD MÁXIMA, PROPORCIONARÁ LA CAPACITACIÓN E INSCRIBIRÁ A LOS BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA A LOS PROGRAMAS DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO (CCE) DENTRO DE UN PLAZO SEÑALADO EN EL ANEXO TÉCNICO, ASÍ COMO DEBERÁ CONTAR EN SU EMPRESA CON UN INVENTARIO DE BIENES DE CONSUMO CORRESPONDIENTE A 45 (CUARENTA Y CINCO) DÍAS DE CONSUMO MÁXIMO, A FIN DE PODER ATENDER CUALQUIER EVENTUALIDAD QUE SE PRESENTE DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

UNIDAD DE MEDIDA Y CANTIDADES DETERMINADAS

LA UNIDAD DE MEDIDA SE REFIERE A "PROCEDIMIENTO EFECTIVO REALIZADO", DE BANCO DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN; LAS CANTIDADES DETERMINADAS, SE DESGLOSAN EN EL ANEXO T1 (UNO) "REQUERIMIENTO DEL SMI DE BS".



**2026**  
año de  
**Margarita  
Maza**





#### REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EFECTIVOS PARA EFECTO DE PAGO.

SE TOMARÁN COMO PROCEDIMIENTO EFECTIVO REALIZADO PARA PAGO, LA BOLSA DE SANGRE TOTAL SEGURA, PROCEDIMIENTO Y/O ESTUDIOS, QUE SE REALICEN Y QUE CORRESPONDAN A LOS IDENTIFICADOS Y REGISTRADOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN, YA SEA ATENCIÓN A DONANTES, PROCEDIMIENTOS O ESTUDIOS A PACIENTES.

CON EL PROPÓSITO DE CUANTIFICAR LOS PROCEDIMIENTOS EFECTIVOS REALIZADOS QUE REALIZARÁ EL INSTITUTO EN LOS EQUIPOS PROPUESTOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, SE APLICARÁN LOS SIGUIENTES CRITERIOS CONSIDERANDO COMO CONCEPTO DE PAGO:

#### BOLSA DE SANGRE TOTAL SEGURA

CON EL PROPÓSITO DE CUANTIFICAR LAS BOLSAS DE SANGRE TOTAL SEGURA QUE OBTENDRÁ Y PROCESARÁ EL INSTITUTO EN LOS EQUIPOS PROPIEDAD DEL LICITANTE ADJUDICADO, RELACIONADOS CON LA EXTRACCIÓN, ANÁLISIS, PRODUCCIÓN (FRACCIONAMIENTO), CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO, PROPUESTOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE DONACIÓN EN EL BANCO DE SANGRE, SE APLICARÁN LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

SE TOMARÁN COMO BOLSAS DE SANGRE TOTAL SEGURA SUSCEPTIBLES PARA PAGO, AQUELLAS UNIDADES DE SANGRE QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS ESTIPULADOS EN EL APARTADO "CONSIDERACIONES PARA LOS PROCEDIMIENTOS" DEL ANEXO TÉCNICO.

ESTÉN REGISTRADAS COMO DONADORES EFECTIVOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN

CUENTEN CON ESTUDIOS DE SEROLOGÍA E INMUNOHEMATOLOGÍA COMPLETOS

#### AFÉRESIS

CON EL PROPÓSITO DE CUANTIFICAR LAS AFÉRESIS QUE OBTENDRÁ Y PROCESARÁ EL INSTITUTO EN LOS EQUIPOS, RELACIONADOS CON LA EXTRACCIÓN, ANÁLISIS, CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO, PROPUESTOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE DONACIÓN EN EL BANCO DE SANGRE, SE APLICARÁN LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

SE TOMARÁN COMO AFÉRESIS SUSCEPTIBLES PARA PAGO, AQUELLAS UNIDADES QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS ESTIPULADOS EN LAS "CONSIDERACIONES PARA LOS PROCEDIMIENTOS" DENTRO DEL ANEXO TÉCNICO.

ESTÉN REGISTRADAS COMO DONADORES EFECTIVOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN

CUENTEN CON ESTUDIOS DE SEROLOGÍA E INMUNOHEMATOLOGÍA COMPLETOS.

#### PROCEDIMIENTOS Y ESTUDIOS REALIZADOS:

SE TOMARÁN COMO PROCEDIMIENTOS Y ESTUDIOS EFECTIVOS REALIZADOS PARA PAGO, AQUELLOS QUE SE REALICEN Y QUE CORRESPONDAN A LOS CONTENIDO EN EL ANEXO T1 (UNO) "REQUERIMIENTO DEL SMI DE BS" E IDENTIFICADOS PARA DONADORES O PACIENTES DEL INSTITUTO Y QUE SEAN REGISTRADOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN, QUE PROVENGAN DE UNA SOLICITUD REQUISITADA Y VINCULADA AL MISMO. LOS RESULTADOS DEBEN ESTAR VALIDADOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN. EN EL CASO DE EQUIPOS QUE NO TENGAN INTERFAZ CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN, LA INFORMACIÓN DEBERÁ SER INGRESADA AL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL BANCO DE SANGRE DE FORMA MANUAL, SIEMPRE Y CUANDO VENGA CON LA SOLICITUD CORRESPONDIENTE Y SE REGISTRE EN EL MISMO PARA SU VALIDACIÓN.

LOS PROCEDIMIENTOS DEBERÁN SER COTEJADOS, CONCILIADOS Y APROBADOS Y FIRMADOS DE ACUERDO AL ANEXO T9 "REPORTE MENSUAL DE PROCEDIMIENTOS EFECTIVOS REALIZADOS" A MÁS TARDAR EL ÚLTIMO DÍA HÁBIL DEL MES, POR EL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA, SERVICIO DE TRANSFUSIONES Y EL REPRESENTANTE DEL PARTICIPANTE ADJUDICADO.

NO SERÁN CONSIDERADAS PARA EFECTO DE PAGO AQUELLAS PRUEBAS QUE:

SE UTILICEN PARA EL CONTROL DE CALIDAD INTERNO Y EXTERNO.

SE UTILICEN PARA CONTROLES Y CALIBRACIÓN DE LOS EQUIPOS.

SE UTILICEN PARA LA CALIFICACIÓN DEL EQUIPO Y LA VERIFICACIÓN DEL MÉTODO DEL INSTRUMENTO.

LAS QUE EFECTÚEN LOS TÉCNICOS DE LA EMPRESA CON MOTIVO DE REVISIONES Y/O REPARACIONES DE LOS EQUIPOS.

LAS DEFECTUOSAS O QUE SE DERIVEN DE FALLAS DEL EQUIPO Y/O DE REVISIONES Y/O REPARACIONES DE ESTOS.

CUANDO LA MUESTRA HAYA SIDO CONSIDERADA "INSUFICIENTE" POR EL ANALIZADOR PARA PROCESAR EL ESTUDIO.

EL PROVEEDOR ENVIARÁ VÍA CORREO ELECTRÓNICO, POR PAQUETE Y POR UMAE, MENSUALMENTE EL REPORTE DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS MEDIANTE EL ANEXO T9 "REPORTE MENSUAL DE PROCEDIMIENTOS EFECTIVOS REALIZADOS", A LA CPSMA/CTSMI, A LA DIRECCIÓN ELECTRÓNICA CTSI.BS@IMSS.GOB.MX

#### NIVELES DE SERVICIO

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







| NO. | CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NIVEL DE SERVICIO                                                                                                                                                                                                          |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | LUGAR, PLAZO Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.<br>PRESENTACIÓN DEL SMI DE BS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | INICIARÁ LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, A PARTIR DEL 10 DE ABRIL 2026, (DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN TÉRMINOS Y CONDICIONES)                                                                                              |
| 2   | ADECUACIÓN DEL ÁREA FÍSICA.<br>EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR LA ADECUACIÓN DEL ÁREA FÍSICA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PARA INICIAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EL 10 DE ABRIL 2026 (DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO).                                                                                                                             |
| 3   | EQUIPAMIENTO MÉDICO.<br>EL PROVEEDOR ENTREGARÁ, INSTALARÁ Y PONDRÁ A PUNTO LOS EQUIPOS, EN LA UNIDAD MÉDICA DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO Y EL ANEXO T3 "EQUIPAMIENTO DEL SMI DE BS" Y DEBERÁ ENTREGAR EL EQUIPO MÉDICO OFERTADO EN EL ANEXO T8 "RESUMEN DE EQUIPOS OFERTADOS"                                                                                                                                                                  | PARA INICIAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EL 10 DE ABRIL 2026 (DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO).                                                                                                                             |
| 5   | BIENES DE CONSUMO. ENTREGA INICIAL<br>EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR LA PRIMERA DOTACIÓN DE BIENES DE CONSUMO QUE CORRESPONDERÁ A LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN 45 DÍAS CONFORME A LA PRODUCTIVIDAD DE CADA UNIDAD MÉDICA Y EN LOS SITIOS SEÑALADOS EN EL ANEXO TÉCNICO, DE ACUERDO AL ANEXO T1 "REQUERIMIENTO".                                                                                                                                 | PARA INICIAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO 10 DE ABRIL 2026 (DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO).                                                                                                                                |
| 6   | RED DE FRÍO PARA CONSERVACIÓN DE BIENES DE CONSUMO.<br>EN CASO DE QUE EL PROVEEDOR PROPONGAN BIENES DE CONSUMO QUE REQUIERAN REFRIGERACIÓN O CONGELACIÓN DEBERÁN PROPORCIONAR EL EQUIPO REFRIGERADOR/CONGELADOR, DE TAMAÑO Y CAPACIDAD DE ACUERDO A LAS CANTIDADES DE INSUMOS QUE SE ENTREGUEN EN LA UNIDAD MÉDICA.                                                                                                                               | PARA INICIAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EL 10 DE ABRIL 2026 (DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO).                                                                                                                             |
| 7   | CONTROL DE CALIDAD EXTERNO.<br>EL PROVEEDOR DEBERÁ INSCRIBIR A TODOS LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIONES CONFORME AL ANEXO TÉCNICO, A UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO, DEBIENDO ENTREGAR LAS CONSTANCIAS DE INSCRIPCIÓN CORRESPONDIENTES A LOS JEFES O ENCARGADOS DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, FACILITANDO ADEMÁS UNA COPIA EN FORMATO DIGITAL A LA CPSMA. | A MÁS TARDAR EL DÍA 30 (TREINTA) NATURAL CONTADO A PARTIR DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.                                                                                                                        |
| 8   | CONTROL DE CALIDAD EXTERNO CNTS.<br>EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR EL PAGO DE LA INSCRIPCIÓN A TODOS LOS BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, CUANDO LE SEA SOLICITADO, CONFORME AL ANEXO TÉCNICO, AL PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO DEL CNTS, DEBIENDO ENTREGAR LA CONSTANCIA DE PAGO A LOS JEFES O ENCARGADOS DE LOS BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, FACILITANDO ADEMÁS UNA COPIA EN FORMATO DIGITAL A LA CPSMA.     | A MÁS TARDAR EL DÍA 15 (QUINCE) NATURAL CONTADO A PARTIR DE QUE LE SEA SOLICITADO REALIZAR EL PAGO DE INSCRIPCIÓN POR EL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN (DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO). |







| NO. | CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NIVEL DE SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9   | ENTREGA DE ANEXOS T4.1<br>EL PROVEEDOR DEBERÁN ENTREGAR EL ANEXO T4.1 POR CADA EQUIPO INSTALADO EN ORIGINAL AL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN Y EN COPIA DIGITAL A LA CPSMA/CTSMI ADJUNTANDO ARCHIVO XLS CON LA INFORMACIÓN DE LA BASE INSTALADA (EQUIPOS) EN LA UNIDAD MÉDICA.      | A MÁS TARDAR 7 (SIETE) DÍAS NATURALES POSTERIORES AL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 10  | MANTENIMIENTO PREVENTIVO.<br>EL PROVEEDOR, HARÁ DE CONOCIMIENTO Y PARA SU VALIDACIÓN AL JEFE DE CONSERVACIÓN DE LA UMAE, EL ANEXO T5 "PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO."                                                                                                                                                            | DENTRO DEL PLAZO NO MAYOR A 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES, CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EL 10 DE ABRIL 2026.<br>(DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO).                                                                                                                                                                                                                                             |
| 11  | MANTENIMIENTO PREVENTIVO.<br>EL PROVEEDOR PROPORCIONARÁ EL SERVICIO TANTO AL EQUIPO MÉDICO/ INFORMÁTICO, ASÍ COMO AL SISTEMA DE INFORMACIÓN.                                                                                                                                                                                            | EL PROVEEDOR DEBERÁ EFECTUAR LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE ACUERDO CON EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS EN UN PLAZO MÁXIMO DE 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA SEÑALADA (DE ACUERDO AL ANEXO TÉCNICO).<br>PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y EQUIPO DE CÓMPUTO ASOCIADO EL PROVEEDOR DEBERÁ GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO.                           |
| 12  | MANTENIMIENTO CORRECTIVO.<br>EN CASO DE FALLA DE LOS EQUIPOS MÉDICO/INFORMÁTICO, EL PROVEEDOR, DEBERÁ:<br><br>• EFECTUAR LAS REPARACIONES NECESARIAS.<br><br>• EN CASO DE REPARACIONES MAYORES.                                                                                                                                         | • EN UN PLAZO MÁXIMO A 48 (CUARENTA Y OCHO) HORAS, SIGUIENTES CONTADAS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DEL REPORTE QUE EL INSTITUTO REALICE.<br><br>• SUSTITUIR DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA NOTIFICACIÓN DEL REPORTE DE FALLA POR PARTE DEL INSTITUTO, POR OTRO DE IGUAL O MEJORES CARACTERÍSTICAS Y QUE PROPORCIONE LOS MISMOS PARÁMETROS, SIN MODIFICAR EL PRECIO UNITARIO DEL PROCEDIMIENTO. |
| 13  | SUSTITUCIÓN DE EQUIPO DE BANCO DE SANGRE.<br>EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR LA SUSTITUCIÓN DE EQUIPO DE BANCO DE SANGRE EN CASO DE PRESENTARSE HASTA 2 (DOS) REPORTE DE FALLAS EN UN PERÍODO DE 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES O ACUMULAR 4 (CUATRO) REPORTE DE FALLAS EN EL PRIMER SEMESTRE DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO                     | SUSTITUCIÓN E INSTALACIÓN DEL EQUIPO DE IGUAL O MEJORES CARACTERÍSTICAS DE ACUERDO AL ANEXO T3.2 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, EN UN PLAZO MENOR A 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES A LA NOTIFICACIÓN DEL REPORTE DE FALLA POR PARTE DEL INSTITUTO                                                                                                                                                                                 |
| 14  | CAPACITACIÓN PREVIA.<br>EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR LA CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL INSTITUTO ASIGNADO AL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y/O SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, EN EL MANEJO DE LOS EQUIPOS DE BANCO DE SANGRE, CONFORME AL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN CONTENIDO EN EL ANEXO T7 "PROGRAMA DE CAPACITACIÓN". | A MÁS TARDAR EL DÍA 07 (SIETE) NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO (DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO).                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 15  | CAPACITACIÓN CONTINUA.<br>EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR LA CAPACITACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |







| NO. | CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NIVEL DE SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | CONTINUA EN EL MANEJO DE LOS EQUIPOS DE BANCO DE SANGRE CUANDO EXISTA ROTACIÓN DE PERSONAL, LLEGADA DE NUEVO PERSONAL A LOS SERVICIOS, O CUANDO EL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN CONSIDERE NECESARIA UNA RECAPACITACIÓN.                                                                                 | EN UN PLAZO MÁXIMO DE 21 (VEINTIUNO) DÍAS NATURALES DE HABERSE SOLICITADO (DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO).                                                                                                                                                     |
| 16  | ADECUACIÓN DEL ÁREA FÍSICA<br>EL CABLEADO DE RED DEL PROVEEDOR SALIENTE DEBERÁ SER RETIRADO Y SUSTITUIDO POR CABLEADO NUEVO POR EL ADJUDICADO EL CUAL, DEBERÁ SER ENTREGADO AL PERSONAL DE DIB EN UMAE, O AL PERSONAL QUE SEA DESIGNADO POR EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.                                                                                   | PARA INICIAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EL 10 DE ABRIL 2026 (DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO).                                                                                                                                                                   |
| 17  | ACCESO AL LIS PARA LA CPSMA/CTSMI.<br>EL PROVEEDOR DEBERÁ PROPORCIONAR UN ACCESO AL SISTEMA DE INFORMACIÓN A LA CPSMA/CTSMI PARA CONSULTA.                                                                                                                                                                                                                   | DENTRO DE LOS 7 (SIETE) DÍAS NATURALES A PARTIR DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.                                                                                                                                                                        |
| 18  | ASISTENCIA TÉCNICA.<br>EL PROVEEDOR DEBERÁ CONTAR Y PROPORCIONAR SOPORTE EN LÍNEA PARA LA ASISTENCIA TÉCNICA QUE DEBERÁ ESTAR DISPONIBLE Y FUNCIONAL A PARTIR DEL DÍA EN QUE INICIA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO                                                                                                                                               | A PARTIR DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EL 10 DE ABRIL 2026<br>(DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO).                                                                                                                                                      |
| 19  | ASISTENCIA TÉCNICA.<br>EL PROVEEDOR DEBERÁ CONTAR Y PROPORCIONAR SOPORTE EN LÍNEA PARA LA ASISTENCIA TÉCNICA QUE FUNCIONE LAS 24 HORAS, DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                     | EL PROVEEDOR DEBERÁ PROPORCIONAR ASISTENCIA TÉCNICA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, LAS 24 HORAS DEL DÍA, DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.<br>PARA INICIAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EL 10 DE ABRIL 2026 (DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO). |
| 20  | BIENES DE CONSUMO. ENTREGAS SUBSECUENTES.<br>EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR LAS ENTREGAS SUBSECUENTES DE BIENES DE CONSUMO DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE CADA UNIDAD MÉDICA CONSIDERANDO SU CONSUMO PROMEDIO MENSUAL HISTÓRICO Y EL REABASTECIMIENTO DEL STOCK INICIAL DE 45 DÍAS, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES EN LOS SITIOS SEÑALADOS EN EL ANEXO TÉCNICO. | A PARTIR DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EL 10 DE ABRIL 2026<br>(DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO).                                                                                                                                                      |
| 21  | ENTREGAS URGENTES.<br><br>EL PROVEEDOR DEBERÁN ENTREGAR DE LOS BIENES DE CONSUMO DE AQUELLOS QUE SE HAYAN AGOTADO ANTES DE LA SIGUIENTE FECHA DE DOTACIÓN                                                                                                                                                                                                    | LAS ENTREGAS URGENTES DE BIENES DE CONSUMO DEBERÁN REALIZARSE DENTRO DE LAS 24 (VEINTICUATRO) HORAS SIGUIENTES A LA SOLICITUD DEL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN.                                             |
| 22  | BIENES DESPERDICIADOS.<br>EL PROVEEDOR DEBERÁ REPONER LOS BIENES DE CONSUMO "DESPERDICIADOS" DERIVADO DE ALGUNA FALLA EN EL PROCESO.                                                                                                                                                                                                                         | LA ENTREGA DE BIENES DE CONSUMO DESPERDICIADOS DEBERÁ REALIZARSE DENTRO DE LAS 24 (VEINTICUATRO) HORAS SIGUIENTES A LA SOLICITUD DEL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN.                                          |
| 23  | DEVOLUCIÓN Y REPOSICIÓN DE BIENES DE CONSUMO.<br>EL PROVEEDOR ATENDERÁ LA SOLICITUD DEL INSTITUTO DE LA REPOSICIÓN DE LOS BIENES DE CONSUMO QUE PRESENTEN DEFECTOS O VICIOS OCULTOS.                                                                                                                                                                         | A PARTIR DEL DÍA HÁBIL SIGUIENTE A LA NOTIFICACIÓN CON UN PLAZO MÁXIMO DE 05 DÍAS NATURALES (DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO).                                                                                                                                   |







| NO. | CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NIVEL DE SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 24  | ENTREGA DE RESULTADOS. DEBERÁ PROPORCIONAR LOS RESULTADOS DE ESTUDIOS CONFIRMATORIOS, CONTROL DE CALIDAD DE HEMOCOMPONENTES Y/O NAT EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN A LOS BANCOS DE SANGRE SOLICITANTES, UNA VEZ VALIDADOS POR LOS BANCOS DE SANGRE CONCENTRADORES, DEBIENDO SER ENVIADOS A TRAVÉS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE ADJUDICADO.                                                                                                    | LOS RESULTADOS DEBERÁN APARECER EN EL SISTEMA INFORMÁTICO DEL LICITANTE ADJUDICADO EN LAS SIGUIENTES 24 HORAS DE SU VALIDACIÓN (DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 25  | SISTEMA DE INFORMACIÓN<br>EL PROVEEDOR ESTABLECERÁ CONTACTO CON EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, A EFECTO DE REALIZAR LA ENTREGA DE LOS SIGUIENTES PUNTOS:<br>A) FIRMA DEL ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD (ANEXO TI. 3).<br>B) DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS (ANEXO TI. 4).<br>C) DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE (ANEXO TI. 5).<br>D) SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y MENSAJERÍA HL7 (ANEXO TI. 6).                       | EN UN PLAZO NO MAYOR A LOS 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 26  | ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7.<br>EL PROVEEDOR DEBERÁ ENVIAR Y RECIBIR LA TOTALIDAD (RESPUESTA EXITOSA POR PARTE DE LOS SERVICIOS WEB DEL INSTITUTO) DE LA MENSAJERÍA HL7 A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO CONFORME A LA ETIMSS VIGENTE.                                                                                                                                                                                                                 | EL SISTEMA INFORMÁTICO CON EL QUE PRESTE EL SERVICIO EL PARTICIPANTE ADJUDICADO DEBE MANDAR AUTOMÁTICAMENTE LOS MENSAJES HL7, MISMOS QUE DEBERÁN SER RECIBIDOS A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO CORRESPONDIENTE A LA TOTALIDAD DE LOS REGISTROS Y RESULTADOS DE LOS PROCEDIMIENTOS Y ESTUDIOS DE BANCO DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN SOLICITADOS DURANTE EL PERIODO DE FACTURACIÓN CUYO PERIODO COMPRENDE DEL DÍA 26 DE UN MES AL DÍA 25 DEL SIGUIENTE MES, CONFORME A LA ETIMSS VIGENTE. |
| 27  | SISTEMA DE INFORMACIÓN<br>EL PROVEEDOR DEBERÁ INSTALAR Y PONER A PUNTO EL SISTEMA DE INFORMACIÓN OFERTADO EN CADA UNA DE LAS UNIDADES MÉDICAS ADJUDICADAS, CONFORME AL ANEXO TÉCNICO Y CALENDARIO DE DESPLIEGUE.                                                                                                                                                                                                                                           | A PARTIR DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO 10 DE ABRIL 2026 (DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 28  | CALENDARIO DE DESPLIEGUE<br>EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR UN CALENDARIO DE DESPLIEGUE PARA LA INSTALACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                              | EL CALENDARIO DE DESPLIEGUE DEBERÁ SER ACORDADO Y ENTREGADO CON EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO AL MÁS TARDAR A LOS 2 (DOS) DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA APROBACIÓN EN SITIO DE LA EVALUACIÓN REALIZADA POR EL INSTITUTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN OFERTADO CONFORME AL ANEXO TÉCNICO.                                                                                                                                                                                                                                       |
| 29  | CAPACITACIÓN PREVIA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN. EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR LA CAPACITACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL PERSONAL DEL INSTITUTO ASIGNADO AL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y/O SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, CONFORME AL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN CONTENIDO EN EL ANEXO T7 "PROGRAMA DE CAPACITACIÓN". ASIMISMO, ENTREGARÁN UNA COPIA DEL MANUAL DE USUARIO IMPRESO O ELECTRÓNICO CON ACUSE DE RECIBO EN FORMATO LIBRE | A MÁS TARDAR EL DÍA 07 (SIETE) NATURAL CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |







| NO. | CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NIVEL DE SERVICIO                                                                                                                                                |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | AL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, Y LLEVARÁ LISTAS DE ASISTENCIA, EVALUACIONES Y FIRMA DE CONFORMIDAD POR PARTE DEL USUARIO, AL TÉRMINO DE LA CAPACITACIÓN EXTENDERÁ CONSTANCIA DE ESTA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                  |
| 30  | CAPACITACIÓN CONTINUA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN. EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR LA CAPACITACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL PERSONAL DEL INSTITUTO ASIGNADO AL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y/O SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN CUANDO EXISTA ROTACIÓN DE PERSONAL, LLEGADA DE NUEVO PERSONAL A LOS SERVICIOS, O CUANDO EL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN CONSIDERE NECESARIA UNA RECAPACITACIÓN. ASIMISMO, ENTREGARÁN UNA COPIA DEL MANUAL DE USUARIO IMPRESO O ELECTRÓNICO CON ACUSE DE RECIBO EN FORMATO LIBRE AL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, Y LLEVARÁ LISTAS DE ASISTENCIA, EVALUACIONES Y FIRMA DE CONFORMIDAD POR PARTE DEL USUARIO, AL TÉRMINO DE LA CAPACITACIÓN EXTENDERÁ CONSTANCIA DE ESTA. | EN UN PLAZO MÁXIMO DE 15 (QUINCE) DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE HABERSE SOLICITADO AL PARTICIPANTE ADJUDICADO (DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO).                       |
| 31  | REPORTE DE PRODUCTIVIDAD MENSUAL POR PARTIDA. DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, EL PROVEEDOR DEBERÁ ENVIAR CADA MES EL CONCENTRADO POR PARTIDA DEL ANEXO T9 "REPORTE MENSUAL DE PROCEDIMIENTOS EFECTIVOS REALIZADOS" EN FORMATO EXCEL (*.XLS) A LA CPSMA/CTSMI DE ACUERDO AL ANEXO TÉCNICO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DE LA UNIDAD MÉDICA, A MÁS TARDAR 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA FECHA DE CADA CORTE.                                                              |
| 32  | TRASLADO DE MUESTRAS, SANGRE TOTAL Y HEMOCOMPONENTES. EL PROVEEDOR, DEBERÁ REALIZAR EL TRASLADO DE MUESTRAS Y DOCUMENTACIÓN RESPECTIVA ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ANEXO TÉCNICO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, EN COORDINACIÓN CON EL SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN.                                                              |
| 33  | MEJORA TECNOLÓGICA. EL PROVEEDOR DEBERÁ REEMPLAZAR EL EQUIPO QUE REQUIERE LA MEJORA TECNOLÓGICA, ASÍ COMO PUESTA A PUNTO, ENTREGA DE INSUMOS, CAPACITACIÓN Y ENLACE CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | EN EL PERIODO DE TIEMPO CONCILIADO CON LA CPSMA/CTSMI Y NOTIFICADO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.                                                                |
| 34  | MEJORA TECNOLÓGICA. EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL ANEXO T4.1 DEL EQUIPO QUE REQUIRIÓ EL REEMPLAZO POR MEJORA TECNOLÓGICA, EN COPIA DIGITAL A LA CPSMA/CTSMI.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | DENTRO DE LOS 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE LA INSTALACIÓN Y PUESTA A PUNTO DEL EQUIPO REEMPLAZADO COMO MEJORA TECNOLÓGICA. |







| NO. | CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NIVEL DE SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 35  | ENTREGA DE INSTALACIONES AL TÉRMINO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.<br>EL PROVEEDOR DEBERÁ COORDINAR LA LOGÍSTICA DE ENTREGA DE INSTALACIONES Y EL RETIRO DEL EQUIPAMIENTO DE SU PROPIEDAD, CON LAS AUTORIDADES DEL INSTITUTO Y EL PROVEEDOR ENTRANTE, A FIN DE REALIZAR UNA TRANSICIÓN QUE PERMITA QUE EL INSTITUTO CUENTE DE MANERA ININTERRUMPIDA CON EL SERVICIO, SIN DAÑAR LAS INSTALACIONES DEL INSTITUTO Y ASEGURANDO LA PERMANENCIA DE LAS ADECUACIONES AL ÁREA FÍSICA REALIZADAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. | CUANDO NO RETIRE EL EQUIPAMIENTO CON EL QUE SE PRESTÓ EL SERVICIO EN EL TIEMPO SOLICITADO POR ESCRITO POR EL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN.                                                                                                                                                                                      |
| 36  | GENERALES<br>EL PROVEEDOR DEBERÁ OTORGAR UN RESGUARDO MENSUAL DE LA INFORMACIÓN ALMACENADA EN LA BASE DE DATOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | DEBERÁ SER ENTREGADO EN CD O EN EL MEDIO QUE CONSIDERE CONVENIENTE DE ACUERDO CON EL VOLUMEN DE INFORMACIÓN, AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO A MÁS TARDAR DURANTE LOS PRIMEROS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES DEL MES SIGUIENTE A SU RESGUARDO. ASIMISMO, DEBERÁ PROTEGER ESTA INFORMACIÓN Y GARANTIZAR QUE SEA ENTREGADA EN CONJUNTO CON LA CONTRASEÑA RESPECTIVA MEDIANTE ACUSE DE RECIBO. |
| 37  | GENERALES<br>EL PROVEEDOR DEBERÁ CONTEMPLAR LA INTEGRACIÓN DE TODA LA INFORMACIÓN QUE SE TENGA EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR ANTERIOR, INCLUYENDO HISTÓRICO DE DONADORES, REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN, BLOQUEOS PERMANENTES, AGENDA DE CITAS (CITAS FUTURAS, RESULTADOS DE ESTUDIOS, TRANSFUSIONES, REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN, SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO.                                                                                                                                         | A MÁS TARDAR EL DÍA 15 (QUINCE) NATURAL CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

**PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.**

EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ RESPONSABLE DE CALCULAR Y APLICAR LAS PENAS CONVENCIONALES, AUXILIÁNDOSE POR EL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE EN TODOS LOS CASOS SE DEBERÁ DETERMINAR LA CAUSA POR EL CUAL EL LICITANTE ADJUDICADO ES ACREEDOR A UNA PENALIZACIÓN BASADA EN LA TABLA DE PENALIZACIONES, LO ANTERIOR CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 53 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, 96 DE SU REGLAMENTO Y 4.3.3 DEL MANUAL ADMINISTRATIVO DE APLICACIÓN GENERAL EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, POR CADA DÍA DE ATRASO DE INICIO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. LA PENA CONVENCIONAL SE CALCULARÁ CONFORME A LO SIGUIENTE (APARTADO 5.5.8 INCISO E) DE POBALINES):

**FÓRMULA**

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

**DÓNDE:**

PCA = PENA CONVENCIONAL APLICABLE

%D = PORCENTAJE DETERMINADO EN LA TABLA DE PENAS CONVENCIONALES

NDA = NÚMERO DE DÍAS DE ATRASO.

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

LA PENALIZACIÓN SE CALCULARÁ A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE EN QUE CONCLUYA EL PLAZO ESTABLECIDO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONCEPTO DEL SERVICIO A SANCIONAR, QUE DEBEN APLICARSE BAJO EL PRINCIPIO DE PROPORCIONALIDAD, TODA VEZ QUE SI UNA PARTE DE LA OBLIGACIÓN FUE CUMPLIDA, LA PENA NO PUEDE SER APLICADA A LA TOTALIDAD DEL MONTO CONTRATADO, Y QUE DEBEN REALIZARSE PREVIO AL INICIO DE OPERACIÓN, EN NINGÚN CASO SE DEBERÁ DE AUTORIZAR EL PAGO DE LOS SERVICIOS SINO







SE HA DETERMINADO, CALCULADO Y NOTIFICADO AL LICITANTE ADJUDICADO LAS PENAS CONVENCIONALES APLICADAS EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO EN EL CONTRATO, ASÍ COMO SU REGISTRO Y VALIDACIÓN EN EL SISTEMA PREI MILLENIUM.

EN CASO DE EXISTIR ALGUNA PENA CONVENCIONAL SE NOTIFICARÁ AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO MEDIANTE EL ANEXO T9.1 "NOTIFICACIÓN DE PENA CONVENCIONAL".

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2                                                                       | ADECUACIÓN DEL ÁREA FÍSICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| CONCEPTO                                                                | CUANDO EL PROVEEDOR NO REALICE LAS ADECUACIONES DEL ÁREA FÍSICA NECESARIAS PARA EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS EN CADA UNA DE LAS ÁREAS DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN DE ACUERDO CON EL ANEXO T3 "EQUIPAMIENTO DEL SMI DE BS" Y ANEXO TI.2 "ESPECIFICACIONES MÍNIMAS DE LOS EQUIPOS DE CÓMPUTO". |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                        | PARA INICIAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EL 10 DE ABRIL 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO                                                | PARA INICIAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EL 10 DE ABRIL 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| PENALIZACIÓN                                                            | 1% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, SIN INCLUIR EL IVA.                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | AUXILIAR DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PENA           | ADMINISTRADOR DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3                                                                       | EQUIPAMIENTO MÉDICO                                                                                                                                                                                   |
| CONCEPTO                                                                | CUANDO EL PROVEEDOR NO PONGA A PUNTO LOS EQUIPOS EN CADA UNA DE LAS ÁREAS DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN DE ACUERDO AL ANEXO T3 "EQUIPAMIENTO DEL SMI DE BS". |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                        | PARA INICIAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EL 10 DE ABRIL 2026                                                                                                                                           |
| LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO                                                | PARA INICIAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EL 10 DE ABRIL 2026                                                                                                                                           |
| PENALIZACIÓN                                                            | 1% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO EN SU PROPORCIONALIDAD PARA ESA UNIDAD MÉDICA SIN INCLUIR EL IVA.                                                                                |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | AUXILIAR DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.                                                                                                                                                              |
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PENA           | ADMINISTRADOR DE CONTRATO                                                                                                                                                                             |

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4                                                                       | ENTREGA INICIAL DE BIENES DE CONSUMO                                                                                                                                                                                        |
| CONCEPTO                                                                | CUANDO EL PROVEEDOR NO ENTREGUE LA PRIMERA DOTACIÓN DE BIENES DE CONSUMO QUE CORRESPONDERÁ A 45 (CUARENTA Y CINCO) DÍAS CONFORME A LA PRODUCTIVIDAD DE LAS UNIDADES MÉDICAS, CON BASE EN EL ANEXO T1 (UNO) "REQUERIMIENTO". |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                        | PARA INICIAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EL 10 DE ABRIL 2026                                                                                                                                                                 |
| LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO                                                | PARA INICIAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EL 10 DE ABRIL 2026                                                                                                                                                                 |
| PENALIZACIÓN                                                            | 1% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO EN SU PROPORCIONALIDAD PARA ESA UNIDAD MÉDICA SIN INCLUIR EL IVA.                                                                                                      |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | AUXILIAR DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.                                                                                                                                                                                    |







|                                                                     |                           |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO,<br>NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA<br>PENA | ADMINISTRADOR DE CONTRATO |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------|

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5                                                                                | CONTROL DE CALIDAD EXTERNO                                                                                                                                                                                    |
| CONCEPTO                                                                         | CUANDO EL PROVEEDOR NO INSCRIBA A TODOS LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN (SEGÚN CORRESPONDA) DE LAS UNIDADES MÉDICAS A UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO CADA AÑO. |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                                 | POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO QUE EXCEDA LOS 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO.                                                                           |
| LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO                                                         | HASTA 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES ADICIONALES AL PLAZO ESTABLECIDO.                                                                                                                                              |
| PENALIZACIÓN                                                                     | 1% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO EN SU PROPORCIONALIDAD PARA ESA UNIDAD MÉDICA SIN INCLUIR EL IVA.                                                                                        |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL<br>INCUMPLIMIENTO<br>AL<br>ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | AUXILIAR DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.                                                                                                                                                                      |
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO,<br>NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA<br>PENA              | ADMINISTRADOR DE CONTRATO                                                                                                                                                                                     |

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6                                                                                | PAGO DE INSCRIPCIÓN AL CCE DEL CNTS                                                                                                                                                                                                             |
| CONCEPTO                                                                         | CUANDO EL PROVEEDOR (A QUE LE CORRESPONDA) NO REALICE EL PAGO DE INSCRIPCIÓN A TODOS LOS BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS AL PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DEL CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA. |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                                 | POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO QUE EXCEDA LOS 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES A PARTIR DE LA FECHA DE QUE LE SEA SOLICITADO.                                                                                                                         |
| LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO                                                         | HASTA 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES ADICIONALES AL PLAZO ESTABLECIDO.                                                                                                                                                                                |
| PENALIZACIÓN                                                                     | 1% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO EN SU PROPORCIONALIDAD PARA ESA UNIDAD MÉDICA SIN INCLUIR EL IVA.                                                                                                                          |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL<br>INCUMPLIMIENTO<br>AL<br>ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | AUXILIAR DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.                                                                                                                                                                                                        |
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO,<br>NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA<br>PENA              | ADMINISTRADOR DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7                                                                                | PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO                                                                                                                                                                                                                                                             |
| CONCEPTO                                                                         | CUANDO EL PROVEEDOR NO ENTREGUE EL ANEXO T5 "PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO" DE LA TOTALIDAD DE LOS EQUIPOS MÉDICOS/INFORMÁTICO DE BANCO DE SANGRE CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, A MÁS TARDAR EL DÍA 10 (DIEZ) NATURAL POSTERIOR AL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                                 | POR CADA DÍA NATURAL PLAZO QUE EXCEDA LOS 05 (CINCO) DÍAS NATURALES POSTERIORES AL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.                                                                                                                                                                         |
| LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO                                                         | HASTA 05 (CINCO) DÍAS NATURALES ADICIONALES AL PLAZO ESTABLECIDO.                                                                                                                                                                                                                                |
| PENALIZACIÓN                                                                     | 1% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO EN SU PROPORCIONALIDAD PARA ESA UNIDAD MÉDICA SIN INCLUIR EL IVA.                                                                                                                                                                           |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL<br>INCUMPLIMIENTO<br>AL<br>ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | AUXILIAR DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.                                                                                                                                                                                                                                                         |







RESPONSABLE DEL CÁLCULO,  
NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA  
PENA

ADMINISTRADOR DE CONTRATO

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8                                                                       | CAPACITACIÓN PREVIA EQUIPOS                                                                                                                                                                                                                                         |
| CONCEPTO                                                                | CUANDO EL PROVEEDOR NO REALICE LA CAPACITACIÓN PREVIA EN LOS EQUIPOS ANTES DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DENTRO DE LOS 07 (SIETE) DÍAS NATURALES POSTERIORES AL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE ACUERDO CON LO CONTENIDO EN EL ANEXO TÉCNICO. |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                        | POR CADA DÍA NATURAL PLAZO QUE EXCEDA LOS 05 (CINCO) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA NOTIFICACIÓN DEL FALLO.                                                                                                                                                        |
| LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO                                                | HASTA 05 (CINCO) DÍAS NATURALES ADICIONALES AL PLAZO ESTABLECIDO.                                                                                                                                                                                                   |
| PENALIZACIÓN                                                            | 1% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO EN SU PROPORCIONALIDAD PARA ESA UNIDAD MÉDICA SIN INCLUIR EL IVA.                                                                                                                                              |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | AUXILIAR DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.                                                                                                                                                                                                                            |
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PENA           | ADMINISTRADOR DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9                                                                       | CAPACITACIÓN PREVIA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| CONCEPTO                                                                | EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR LA CAPACITACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL PERSONAL DEL INSTITUTO ASIGNADO AL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, CONFORME AL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN CONTENIDO EN EL ANEXO T7 "PROGRAMA DE CAPACITACIÓN". ASIMISMO, ENTREGARÁN UNA COPIA DEL MANUAL DE USUARIO IMPRESO O ELECTRÓNICO CON ACUSE DE RECIBO EN FORMATO LIBRE A CADA PARTICIPANTE, Y LLEVARÁ LISTAS DE ASISTENCIA, EVALUACIONES Y FIRMA DE CONFORMIDAD POR PARTE DEL USUARIO, AL TÉRMINO DE LA CAPACITACIÓN EXTENDERÁ CONSTANCIA DE ESTA. |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                        | POR CADA DÍA NATURAL QUE EXCEDA EL DÍA 7 NATURAL POSTERIOR AL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO                                                | A LOS 7 (SIETE) DÍAS NATURALES SUBSECUENTES AL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| PENALIZACIÓN                                                            | 1% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | AUXILIAR DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO EN CONJUNTO CON LA DIB.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PENA           | ADMINISTRADOR DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10       | CAPACITACIÓN CONTINUA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| CONCEPTO | EL PROVEEDOR REALIZARÁ LA CAPACITACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL PERSONAL DEL INSTITUTO ASIGNADO AL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y/O SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN CUANDO EXISTA ROTACIÓN DE PERSONAL, LLEGADA DE NUEVO PERSONAL A LOS SERVICIOS, O CUANDO EL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN CONSIDERE NECESARIA UNA RECAPACITACIÓN. ASIMISMO, ENTREGARÁN UNA COPIA DEL MANUAL DE |



2026  
año de  
Margarita  
Maza





|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                         | USUARIO IMPRESO O ELECTRÓNICO CON ACUSE DE RECIBO EN FORMATO LIBRE A CADA PARTICIPANTE, Y LLEVARÁ LISTAS DE ASISTENCIA, EVALUACIONES Y FIRMA DE CONFORMIDAD POR PARTE DEL USUARIO, AL TÉRMINO DE LA CAPACITACIÓN EXTENDERÁ CONSTANCIA DE ESTA.<br>EN UN PLAZO MÁXIMO DE 7 (SIETE) DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE HABERSE SOLICITADO AL PARTICIPANTE ADJUDICADO (DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO). |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                        | POR CADA DÍA DE ATRASO QUE EXCEDA EL NIVEL DE SERVICIO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| PENALIZACIÓN                                                            | 1% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | JEFE O ENCARGADO O RESPONSABLE DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN EN CONJUNTO CON EL CDI O DIB.                                                                                                                                                                                                                                                              |
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PENA           | ADMINISTRADOR DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11                                                                      | ENTREGA DE ANEXOS T4.1                                                                                                                                                                                                                                                    |
| CONCEPTO                                                                | CUANDO EL PROVEEDOR NO ENTREGUE LOS ANEXOS T4.1 POR CADA EQUIPO INSTALADO EN ORIGINAL AL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA Y/O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, DENTRO DE LOS 7 (SIETE) DÍAS NATURALES POSTERIORES AL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                        | POR CADA DÍA NATURAL QUE EXCEDA LOS 7 (SIETE) DÍAS NATURALES POSTERIORES AL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.                                                                                                                                                         |
| LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO                                                | HASTA 5 (CINCO) DÍAS NATURALES ADICIONALES AL PLAZO ESTABLECIDO.                                                                                                                                                                                                          |
| PENALIZACIÓN                                                            | 1% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, EN SU PROPORCIONALIDAD PARA ESA UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.                                                                                                                                                  |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | AUXILIAR DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.                                                                                                                                                                                                                                  |
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PENA           | ADMINISTRADOR DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                         |                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12                                                                      | SISTEMA DE INFORMACIÓN                                                                                                                              |
| CONCEPTO                                                                | EL PROVEEDOR INSTALAR Y PONER A PUNTO EL SISTEMA DE INFORMACIÓN OFERTADO EN LA UNIDAD MÉDICA, CONFORME AL ANEXO TÉCNICO Y CALENDARIO DE DESPLIEGUE. |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                        | POR CADA DÍA NATURAL QUE EXCEDA LOS 05 (CINCO) DÍAS NATURALES POSTERIORES AL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.                                  |
| LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO                                                | POR CADA DÍA NATURAL QUE EXCEDA LOS 05 (CINCO) DÍAS NATURALES POSTERIORES AL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.                                  |
| PENALIZACIÓN                                                            | 1% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.                                 |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | JEFE O ENCARGADO O RESPONSABLE DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN EN CONJUNTO CON EL CDI O DIB.                       |
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PENA           | ADMINISTRADOR DE CONTRATO                                                                                                                           |

|          |                                                                                                                                        |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13       | GENERALES                                                                                                                              |
| CONCEPTO | EL PROVEEDOR DEBERÁ CONTEMPLAR LA INTEGRACIÓN DE TODA LA INFORMACIÓN QUE SE TENGA EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR ANTERIOR, |







|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                         | INCLUYENDO HISTÓRICO DE LA ÓRDENES DE DONACIÓN, REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN, MOTIVOS DE RECHAZO, AGENDA DE CITAS, RESULTADOS DE ESTUDIOS, TRANSFUSIONES, REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN, SIN COSTO ADICIONAL PARA EL INSTITUTO, EL CUAL DEBERÁ SER ENTREGADO AL JEFE O ENCARGADO O RESPONSABLE DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN. |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                        | POR CADA DÍA NATURAL QUE EXCEDA LOS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA INSTALACIÓN Y PUESTA A PUNTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN CONFORME AL CALENDARIO DE DESPLIEGUE.                                                                                                                                                                                                  |
| LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO                                                | 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA INSTALACIÓN Y PUESTA A PUNTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN CONFORME AL CALENDARIO DE DESPLIEGUE.                                                                                                                                                                                                                                      |
| PENALIZACIÓN                                                            | 1% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.                                                                                                                                                                                                                                                          |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | JEFE O ENCARGADO O RESPONSABLE DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN EN CONJUNTO CON EL CDI O DIB.                                                                                                                                                                                                                                                |
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PENA           | ADMINISTRADOR DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14                                                                      | SISTEMA DE INFORMACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| CONCEPTO                                                                | EL PROVEEDOR ESTABLECERÁ CONTACTO CON EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, A EFECTO DE REALIZAR LA ENTREGA DE LOS SIGUIENTES PUNTOS:<br>FIRMA DEL ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD (ANEXO TI. 3).<br>DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS (ANEXO TI. 4).<br>DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE (ANEXO TI. 5).<br>SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y MENSAJERÍA HL7 (ANEXO TI. 6). |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                        | POR CADA DÍA NATURAL QUE EXCEDA LOS 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA FECHA DE EMISIÓN DEL FALLO.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO                                                | POR CADA DÍA NATURAL QUE EXCEDA LOS 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA FECHA DE EMISIÓN DEL FALLO.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| PENALIZACIÓN                                                            | 1% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | EL JEFE O ENCARGADO O RESPONSABLE DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN EN CONJUNTO CON EL CDI O DIB.                                                                                                                                                                                                                                                               |
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PENA           | ADMINISTRADOR DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15                       | CALENDARIO DE DESPLIEGUE                                                                                                                                                                                                                                                              |
| CONCEPTO                 | EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR UN CALENDARIO DE DESPLIEGUE PARA LA INSTALACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN LOS CENTROS DE COLECTA, SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN Y BANCOS DE SANGRE.                                                                                                       |
| UNIDAD DE MEDIDA         | EL CALENDARIO DE DESPLIEGUE DEBERÁ SER ACORDADO Y ENTREGADO CON EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO A MÁS TARDAR A LOS 2 (DOS) DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA APROBACIÓN EN SITIO DE LA EVALUACIÓN REALIZADA POR EL INSTITUTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN OFERTADO CONFORME AL ANEXO TÉCNICO. |
| LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO | A LOS 02 (DOS) DÍAS NATURALES QUE EXCEDAN EL NIVEL DE SERVICIO.                                                                                                                                                                                                                       |
| PENALIZACIÓN             | 1% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.                                                                                                                                                                   |







|                                                                         |                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | EL AUXILIAR DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO EN CONJUNTO CON EL CDI O DIB. |
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PENA           | ADMINISTRADOR DE CONTRATO                                                |

#### DEDUCCIONES

EN EL PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LAS DEDUCCIONES, EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ RESPONSABLE DE CALCULAR Y APLICAR LA DEDUCCIÓN POR CONCEPTO U OBLIGACIÓN, NIVEL DE SERVICIO Y UNIDAD DE MEDIDA, AUXILIADO DEL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIONES. EN TODOS LOS CASOS SE DEBERÁ DETERMINAR LA CAUSA POR LA CUAL EL LICITANTE ADJUDICADO ES ACREEDOR A UNA DEDUCTIVA BASADA EN LA TABLA DE DEDUCCIONES, LO ANTERIOR CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 53 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, 97 DE SU REGLAMENTO Y 4.3.3 DEL MANUAL ADMINISTRATIVO DE APLICACIÓN GENERAL EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, Y APLICANDO EL PRINCIPIO DE PROPORCIONALIDAD.

LA PENA DEDUCTIVA SE APLICARÁ EN EL 1% DE LA FACTURACIÓN MENSUAL.

EN CASO DE EXISTIR ALGUNA DEDUCTIVA SE NOTIFICARÁ AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO MEDIANTE EL ANEXO T9.2 "NOTIFICACIÓN DE DEDUCTIVA", APORTANDO LA DOCUMENTAL QUE SOPORTE EL INCUMPLIMIENTO AL NIVEL DE SERVICIO, PARA REVISIÓN, CÁLCULO, NOTIFICACIÓN, APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS SANCIONES CORRESPONDIENTES POR PARTE DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| CONCEPTO                                                                | MANTENIMIENTO PREVENTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| NIVEL DE SERVICIO                                                       | EL PROVEEDOR DEBERÁ EFECTUAR LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE ACUERDO AL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS EN UN PLAZO MÁXIMO DE 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA SEÑALADA (DE ACUERDO AL ANEXO TÉCNICO).                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO                                                | A MÁS TARDAR 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES CONTADOS DESPUÉS DE LA FECHA PROGRAMADA. HASTA EN DOS OCASIONES EN LA UMAE POR AÑO CALENDARIO, Y NO MAYOR AL 2.5% DEL TOTAL DE LOS EQUIPOS DE LA UNIDAD MÉDICA AÑO CALENDARIO, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                        | POR NO REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO EN LOS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA FECHA PROGRAMADA PARA CADA EQUIPO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| DEDUCCIÓN                                                               | EN CASO DE QUE SE CONTINUEN REALIZANDO LOS PROCEDIMIENTOS/ESTUDIOS EN EL EQUIPO QUE NO RECIBIÓ EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO, SE CALCULARÁ LA SANCIÓN POR EL 1% DEL IMPORTE DE LA FACTURA DE LOS PROCEDIMIENTOS/ESTUDIOS ASOCIADOS AL EQUIPO AL QUE NO SE REALIZÓ EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO, MÁS I.V.A.<br>EN CASO DE LA SUSPENSIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS/ESTUDIOS EN EL EQUIPO QUE NO RECIBIÓ MANTENIMIENTO PREVENTIVO PROGRAMADO, SE CALCULARÁ LA SANCIÓN POR EL 1% DEL IMPORTE DEL REQUERIMIENTO MENSUAL MÁXIMO PARA ESA UNIDAD MÉDICA, MÁS I.V.A. |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | EL AUXILIAR DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO EN CONJUNTO CON EL DIB.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PENA           | ADMINISTRADOR DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2                 |                                                                                                                                                                                                                                     |
| CONCEPTO          | MANTENIMIENTO CORRECTIVO                                                                                                                                                                                                            |
| NIVEL DE SERVICIO | EN CASO DE REPORTE POR FALLA DE LOS EQUIPOS, EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR LAS REPARACIONES NECESARIAS EN UN PLAZO NO MAYOR A 48 (CUARENTA Y OCHO) HORAS, CONTADAS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DEL REPORTE QUE EL INSTITUTO REALICE. |







|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO                                                | HASTA UN MÁXIMO DE DOS OCASIONES EN CADA UNIDAD MÉDICA POR OOAD O UMAE POR AÑO CALENDARIO, DURANTE LA VIGENCIA DEL SERVICIO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                        | CUANDO EL PROVEEDOR NO REALICE EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS EN LAS 48 (CUARENTA Y OCHO) HORAS ESTABLECIDAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| DEDUCCIÓN                                                               | EN CASO DE QUE LOS PROCEDIMIENTOS/ESTUDIOS SE HAYAN REALIZADO EN OTRO BANCO DE SANGRE DEL INSTITUTO, SE CALCULARÁ LA SANCIÓN POR EL 1% DEL IMPORTE DE LA FACTURA DE LOS PROCEDIMIENTOS/ESTUDIOS ASOCIADOS AL EQUIPO AL QUE NO SE REALIZÓ EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO, MÁS I.V.A.<br>EN CASO DE LA SUSPENSIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS/ESTUDIOS EN EL EQUIPO QUE NO RECIBIÓ MANTENIMIENTO CORRECTIVO, SE CALCULARÁ LA SANCIÓN POR EL 1% DEL IMPORTE DEL REQUERIMIENTO MENSUAL MÁXIMO PARA LA UNIDAD MÉDICA, MÁS I.V.A. |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | AUXILIAR DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PENA           | ADMINISTRADOR DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| CONCEPTO                                                                | SUSTITUCIÓN DE EQUIPO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| NIVEL DE SERVICIO                                                       | EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR LA SUSTITUCIÓN DE EQUIPO DE BANCO DE SANGRE EN UN PLAZO NO MAYOR A 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES, EN CASO DE: NECESIDAD DE REPARACIONES MAYORES, PRESENTARSE HASTA 2 (DOS) REPORTES DE FALLAS EN UN PERÍODO DE 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES O ACUMULAR 4 (CUATRO) REPORTES DE FALLAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.                                                                                             |
| LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO                                                | HASTA UN MÁXIMO DE DOS OCASIONES, DURANTE LA VIGENCIA DEL SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                        | CUANDO EL PROVEEDOR NO LLEVE A CABO LA SUSTITUCIÓN DE EQUIPO EN 10 (TREINTA) DÍAS NATURALES.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| DEDUCCIÓN                                                               | EN CASO DE QUE LOS PROCEDIMIENTOS/ESTUDIOS SÍ SE HAYAN REALIZADO, SE CALCULARÁ LA SANCIÓN POR EL 1% DIARIO DEL IMPORTE DE LA FACTURA DE LOS PROCEDIMIENTOS/ESTUDIOS ASOCIADOS AL EQUIPO AL QUE NO SE SUSTITUYÓ, MÁS I.V.A.<br>EN CASO DE LA SUSPENSIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS/ESTUDIOS EN EL EQUIPO QUE NO SE SUSTITUYÓ, SE CALCULARÁ LA SANCIÓN POR EL 1% DEL IMPORTE DEL REQUERIMIENTO MENSUAL MÁXIMO PARA ESA UNIDAD MÉDICA, MÁS I.V.A. |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | AUXILIAR DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PENA           | ADMINISTRADOR DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| CONCEPTO                 | DESABASTO DE BIENES DE CONSUMO                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| NIVEL DE SERVICIO        | EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR LAS ENTREGAS SUBSECUENTES DE BIENES DE CONSUMO DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA UNIDAD MÉDICA CONSIDERANDO SU CONSUMO PROMEDIO MENSUAL HISTÓRICO Y EL REABASTECIMIENTO DEL STOCK INICIAL DE 45 (CUARENTA Y CINCO) DÍAS, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES SEÑALADAS EN EL ANEXO TÉCNICO. |
| LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO | HASTA UN MÁXIMO DE UNA OCASIÓN, DURANTE LA VIGENCIA DEL SERVICIO.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| UNIDAD DE MEDIDA         | CUANDO EL PROVEEDOR NO REALICE LA ENTREGA SUBSECUENTE DE BIENES DE CONSUMO PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTO/ESTUDIOS DE ACUERDO A LAS                                                                                                                                                                      |







|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                         | NECESIDADES DE LA UNIDAD MÉDICA CONSIDERANDO SU CONSUMO EL REABASTECIMIENTO DEL STOCK INICIAL DE 45 (CUARENTA Y CINCO) DÍAS,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| DEDUCCIÓN                                                               | EN CASO DE QUE LOS PROCEDIMIENTOS/ESTUDIOS SE HAYAN REALIZADO EN OTRO BANCO DE SANGRE DEL INSTITUTO, SE CALCULARÁ LA SANCIÓN POR EL 1% DEL IMPORTE DE LA FACTURA DE LOS PROCEDIMIENTOS/ESTUDIOS ASOCIADOS A LOS BIENES DE CONSUMO EN DESABASTO, MÁS I.V.A.<br>EN CASO DE LA SUSPENSIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS/ESTUDIOS POR EL DESABASTO DE BIENES DE CONSUMO, SE CALCULARÁ LA SANCIÓN POR EL 1% DEL IMPORTE DEL REQUERIMIENTO MENSUAL MÁXIMO PARA ESA UNIDAD MÉDICA, MÁS I.V.A. |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | AUXILIAR DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PENA           | ADMINISTRADOR DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| CONCEPTO                                                                | CAPACITACIÓN CONTINUA                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| NIVEL DE SERVICIO                                                       | EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR LA CAPACITACIÓN CONTINUA EN EL MANEJO DE LOS EQUIPOS DE BANCO DE SANGRE CUANDO EXISTA ROTACIÓN DE PERSONAL, LLEGADA DE NUEVO PERSONAL A LOS SERVICIOS, O CUANDO EL JEFE O ENCARGADO DEL BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN CONSIDERE NECESARIA UNA RECAPACITACIÓN. |
| LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO                                                | HASTA UNA OCASIÓN, DURANTE LA VIGENCIA DEL SERVICIO.                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                        | CUANDO EL PROVEEDOR NO REALICE LA CAPACITACIÓN CONTINUA EN UN PLAZO MÁXIMO DE 21 (VEINTIUNO) DÍAS NATURALES DE HABERSE SOLICITADO (DE ACUERDO CON EL ANEXO TÉCNICO).                                                                                                                                                      |
| DEDUCCIÓN                                                               | SE CALCULARÁ LA SANCIÓN POR EL 1% DEL IMPORTE DE LA FACTURA CORRESPONDIENTE AL MES DEL INCUMPLIMIENTO, MÁS I.V.A.                                                                                                                                                                                                         |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | AUXILIAR DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PENA           | ADMINISTRADOR DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                         |                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6                                                                       |                                                                                                                              |
| CONCEPTO                                                                | ASISTENCIA TÉCNICA                                                                                                           |
| NIVEL DE SERVICIO                                                       | EL PROVEEDOR DEBERÁ PROPORCIONAR ASISTENCIA TÉCNICA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, LAS 24 HORAS DEL DÍA. |
| LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO                                                | HASTA UNA OCASIÓN, DURANTE LA VIGENCIA DEL SERVICIO.                                                                         |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                        | CUANDO EL PROVEEDOR NO PROPORCIONE SOPORTE EN LÍNEA PARA LA ASISTENCIA TÉCNICA.                                              |
| DEDUCCIÓN                                                               | SE CALCULARÁ LA SANCIÓN POR EL 1% DEL IMPORTE DE LA FACTURA CORRESPONDIENTE AL MES DEL INCUMPLIMIENTO, MÁS I.V.A.            |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | AUXILIAR DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.                                                                                     |







RESPONSABLE DEL CÁLCULO,  
NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE  
LA PENA

ADMINISTRADOR DE CONTRATO

|                                                                         |                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7                                                                       |                                                                                                                                                                |
| CONCEPTO                                                                | TRASLADO DE MUESTRAS                                                                                                                                           |
| NIVEL DE SERVICIO                                                       | EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR EL TRASLADO DE MUESTRAS Y DOCUMENTACIÓN RESPECTIVA DE CADA UNO, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ANEXO TÉCNICO.                  |
| LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO                                                | HASTA EN UNA OCASIÓN, DURANTE LA VIGENCIA DEL SERVICIO.                                                                                                        |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                        | CUANDO EL PROVEEDOR NO REALICE EL TRASLADO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ANEXO TÉCNICO.                                                                    |
| DEDUCCIÓN                                                               | SE CALCULARÁ LA SANCIÓN POR EL 1% DEL IMPORTE DE LA FACTURA CORRESPONDIENTE AL MES DEL INCUMPLIMIENTO EN LA UNIDAD DONDE NO SE REALIZÓ EL TRASLADO, MÁS I.V.A. |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | AUXILIAR DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.                                                                                                                       |
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PENA           | ADMINISTRADOR DE CONTRATO                                                                                                                                      |

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| CONCEPTO                                                                | ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7 (RESULTADOS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| NIVEL DE SERVICIO                                                       | CUANDO EL PROVEEDOR NO ENVÍE LA MENSAJERÍA HL7 A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO CORRESPONDIENTE A LA TOTALIDAD DE LOS RESULTADOS DE LOS PROCEDIMIENTOS Y ESTUDIOS DE BANCO DE SANGRE, CENTROS DE COLECTA Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN SOLICITADOS DURANTE EL PERÍODO DE FACTURACIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                        | ANTE LA DEFICIENCIA EN LA ENTREGA TOTAL DE LA MENSAJERÍA HL7 DE LOS RESULTADOS DE CADA PROCEDIMIENTO Y ESTUDIOS SOLICITADO DURANTE EL MES DE FACTURACIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| DEDUCCIÓN                                                               | SE DEBERÁN CONTEMPLAR LOS SIGUIENTES PORCENTAJES DE INCUMPLIMIENTO POR VIRTUD DEL CONTEO TOTAL OBTENIDO, CONFORME A LO SIGUIENTE:<br>DEL 1% AL 25% DE INCUMPLIMIENTO: APLICAR 1% DEL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA, CORRESPONDIENTE AL MES DEL INCUMPLIMIENTO EN LA UNIDAD MÉDICA, SIN PASAR EL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.<br>DEL 25% AL 50% DE INCUMPLIMIENTO: APLICAR 1% DEL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA, CORRESPONDIENTE AL MES DEL INCUMPLIMIENTO EN LA UNIDAD MÉDICA, SIN PASAR EL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.<br>DEL 50% AL 75% DE INCUMPLIMIENTO: APLICAR 1% DEL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA, CORRESPONDIENTE AL MES DEL INCUMPLIMIENTO EN LA UNIDAD MÉDICA, SIN PASAR EL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.<br>DEL 75% AL 100% DE INCUMPLIMIENTO: APLICAR 1% DEL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA, CORRESPONDIENTE AL MES DEL INCUMPLIMIENTO EN LA UNIDAD MÉDICA, SIN PASAR EL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.<br>(*EJEMPLO: DURANTE EL MES DE FACTURACIÓN FUERON REQUERIDOS 100 MENSAJES HL7, DE LOS CUALES, 80 FUERON ENVIADOS DE FORMA EFECTIVA Y EXITOSA A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO.<br>EN ESE SENTIDO, SERÁ -CONFORME AL 1% AL 25% DE INCUMPLIMIENTO- APLICADO EL 1% DE SANCIÓN AL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA CORRESPONDIENTE AL MES DEL INCUMPLIMIENTO, CON BASE EN LA ETIMSS VIGENTE.) |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | AUXILIAR DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |







|                                                               |                           |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------|
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PENA | ADMINISTRADOR DE CONTRATO |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------|

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| CONCEPTO                                                                | ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7 (REGISTROS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| NIVEL DE SERVICIO                                                       | CUANDO EL PROVEEDOR NO ENVÍE LA TOTALIDAD DE LA MENSAJERÍA HL7 A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO CORRESPONDIENTE A LOS SIGUIENTES MENSAJES:<br>ORDEN DE DONACIÓN<br>HISTORIA CLÍNICA<br>EVENTO DE DONACIÓN<br>ENTRADA/REINGRESO AL ALMACÉN<br>SALIDA DEL ALMACÉN<br>TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| UNIDAD DE MEDIDA                                                        | ANTE LA DEFICIENCIA EN LA ENTREGA TOTAL DE LA MENSAJERÍA HL7 DE LOS REGISTROS MENCIONADOS ANTERIORMENTE, DURANTE EL MES DE FACTURACIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| DEDUCCIÓN                                                               | SE DEBERÁN CONTEMPLAR LOS SIGUIENTES PORCENTAJES DE INCUMPLIMIENTO POR VIRTUD DEL CONTEO TOTAL OBTENIDO, CONFORME A LO SIGUIENTE:<br>DEL 1% AL 25% DE INCUMPLIMIENTO: APLICAR 1% DEL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA, CORRESPONDIENTE AL MES DEL INCUMPLIMIENTO EN LA UNIDAD MÉDICA, SIN PASAR EL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.<br>DEL 25% AL 50% DE INCUMPLIMIENTO: APLICAR 1% DEL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA, CORRESPONDIENTE AL MES DEL INCUMPLIMIENTO EN LA UNIDAD MÉDICA, SIN PASAR EL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.<br>DEL 50% AL 75% DE INCUMPLIMIENTO: APLICAR 1% DEL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA, CORRESPONDIENTE AL MES DEL INCUMPLIMIENTO EN LA UNIDAD MÉDICA, SIN PASAR EL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.<br>DEL 75% AL 100% DE INCUMPLIMIENTO: APLICAR 1% DEL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA, CORRESPONDIENTE AL MES DEL INCUMPLIMIENTO EN LA UNIDAD MÉDICA, SIN PASAR EL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.<br>(*EJEMPLO: DURANTE EL MES DE FACTURACIÓN FUERON REQUERIDOS 100 MENSAJES HL7, DE LOS CUALES, 80 FUERON ENVIADOS DE FORMA EFECTIVA Y EXITOSA A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO.<br>EN ESE SENTIDO, SERÁ -CONFORME AL 1% AL 25% DE INCUMPLIMIENTO- APLICADO EL 1% DE SANCIÓN AL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA CORRESPONDIENTE AL MES DEL INCUMPLIMIENTO, CON BASE EN LA ETIMSS VIGENTE.) |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | AUXILIAR DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO EN CONJUNTO CON EL DIB.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PENA           | ADMINISTRADOR DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                   |                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10                | SISTEMA INFORMÁTICO HL7                                                                                                                                                                                                     |
| CONCEPTO          | ENVÍO DE REPORTE DE SERVICIOS PRESTADOS AL JEFE O ENCARGADO DEL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE DE CADA UNIDAD MÉDICA.                                                                                                          |
| NIVEL DE SERVICIO | CUANDO EL PROVEEDOR, NO ENVÍE EL REPORTE DE SERVICIOS PRESTADOS CORRESPONDIENTES A LA TOTALIDAD DE LOS SOLICITADOS, DURANTE EL PERIODO DE FACTURACIÓN A LA JEFE O ENCARGADO DEL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE DE CADA UNIDAD. |





|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD DE MEDIDA                                                        | CUANDO NO SE ENVIÉ EL REPORTE DEL SERVICIO PRESTADO MUESTRA LA DEFICIENCIA EN LA ENTREGA TOTAL DE LA MENSAJERÍA HL7 DE LOS RESULTADOS DE CADA PROCEDIMIENTO Y ESTUDIOS SOLICITADOS SOBRE EL MES DE FACTURACIÓN. |
| DEDUCCIÓN                                                               | SE APLICARÁ EL 1% DEL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA, CORRESPONDIENTE AL MES DE INCUMPLIMIENTO DE LA UNIDAD MÉDICA POR CADA DÍA INCUMPLIDO, SIN SOBRE PASAR EL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.       |
| RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO | AUXILIAR DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.                                                                                                                                                                        |
| RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PENA           | ADMINISTRADOR DE CONTRATO                                                                                                                                                                                       |

ADMINISTRADOR DEL CONTRATO: PERSONA SERVIDORA PÚBLICA DEL IMSS CON NIVEL JERÁRQUICO DE CUANDO MENOS JEFE DE DIVISIÓN O EQUIVALENTE, CONFORME AL NUMERAL 5.3.15 DE ESTAS POBALINES, QUIEN FUNGIRÁ COMO LO ESTABLECEN LOS ARTÍCULOS 2 FRACCIÓN III BIS Y 84, PENÚLTIMO PÁRRAFO, DEL RLAAASP, ASÍ COMO EL NUMERAL 1 "DEFINICIONES Y SIGLAS" DEL MAAGAASP.

| UMAE                                                                                     |                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RESPONSABLE DE AUXILIAR Y REPORTAR INCUMPLIMIENTOS AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO         | ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, RESPONSABLE DE CALCULAR, NOTIFICAR Y APLICAR PENAS CONVENCIONALES Y DEDUCCIONES |
| ING. OSCAR ELEAZAR GONZÁLEZ CÁZARES<br>JEFE DE LA DIVISIÓN DE INGENIERÍA BIOMÉDICA (DIB) | DR. DANIEL ESTRADA GARCÍA<br>ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN MÉDICA.                                              |

DEVOLUCIÓN POR DEFECTOS, VICIOS OCULTOS DE LOS BIENES O DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

LA DEVOLUCIÓN Y REPOSICIÓN DE BIENES DE CONSUMO SERÁ POR CUENTA Y A CARGO DEL PROVEEDOR, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ANEXO TÉCNICO.

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

#### GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO

EL PROVEEDOR, SE OBLIGA A OTORGAR A EL INSTITUTO, DENTRO DE UN PLAZO DE 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 48 DE LA LAASP, UNA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO DERIVADAS DEL CONTRATO, MEDIANTE FIANZA EXPEDIDA POR COMPAÑÍA AUTORIZADA EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS Y A FAVOR DEL "INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL", POR UN MONTO EQUIVALENTE AL 10% (DIEZ POR CIENTO) DEL MONTO TOTAL MÁXIMO DEL CONTRATO A EROGAR EN EL EJERCICIO FISCAL DE QUE SE TRATE, Y DEBERÁ SER RENOVADA DENTRO DE LOS PRIMEROS DIEZ DÍAS NATURALES (ARTÍCULO 87 DEL REGLAMENTO DE LA LAASP), DE CADA EJERCICIO FISCAL POR EL MONTO A EROGAR EN EL MISMO, SIN CONSIDERAR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (IVA).

LOS PROVEEDORES QUEDAN OBLIGADOS A ENTREGAR AL INSTITUTO LA PÓLIZA DE FIANZA, APEGÁNDOSE AL FORMATO QUE SE INTEGRA AL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO COMO ANEXO NÚMERO 9 (NUEVE), EN (PONER DÓNDE SE ENTREGA LA FIANZA).

DICHA PÓLIZA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO SERÁ DEVUELTA AL PROVEEDOR UNA VEZ QUE EL INSTITUTO LE OTORQUE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO, PARA QUE ÉSTE PUEDA SOLICITAR A LA AFIANZADORA CORRESPONDIENTE LA CANCELACIÓN DE LA FIANZA, AUTORIZACIÓN QUE SE ENTREGARÁ AL PROVEEDOR, SIEMPRE QUE DEMUESTRE HABER CUMPLIDO CON LA TOTALIDAD DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO, PARA LO CUAL DEBERÁ DE PRESENTAR MEDIANTE ESCRITO LA SOLICITUD DE LIBERACIÓN DE LA FIANZA EN EL DEPARTAMENTO DE (DONDE SE SOLICITA LA CANCELACIÓN DE LA FIANZA), MISMO QUE LLEVARÁ A CABO EL PROCEDIMIENTO PARA LA LIBERACIÓN Y ENTREGA DE FIANZA.

#### MECANISMOS DE COMPROBACIÓN

EL INSTITUTO REALIZARÁ EL PAGO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE, DE ACUERDO AL ANEXO T9 "REPORTE MENSUAL DE PROCEDIMIENTOS EFECTIVOS REALIZADOS" EN EL MES INMEDIATO ANTERIOR QUE SERÁ COTEJADO, CONCILIADO Y APROBADO MEDIANTE LA FIRMA DEL JEFE O ENCARGADO DEL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN A MÁS TARDAR EL ÚLTIMO DÍA HÁBIL DEL MES Y TAMBIÉN ESTAR FIRMADO POR DIRECTOR MÉDICO DE LA UNIDAD MÉDICA, ASÍ COMO POR EL REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR.

ORIGINAL Y COPIA DE LA FACTURA QUE REÚNA LOS REQUISITOS FISCALES RESPECTIVOS, EN LA QUE SE INDIQUE EL SERVICIO PRESTADO, REPORTE MENSUAL DE PROCEDIMIENTOS ELABORADO POR EL PROVEEDOR, DEBIDAMENTE CONCILIADO POR LA UNIDAD MÉDICA,







NÚMERO DE PROVEEDOR, NÚMERO DE CONTRATO, NÚMERO DE FIANZA Y DENOMINACIÓN SOCIAL DE LA AFIANZADORA, MISMA QUE DEBERÁ SER ENTREGADA EN EL DEPARTAMENTO DE FINANZAS DE LA UNIDAD MÉDICA.

#### ANEXO TÉCNICO PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

DE CONFORMIDAD CON LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN SU NUMERAL 4.24.3 EL ANEXO TÉCNICO, SE SOLICITA LO SIGUIENTE:

EL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD SANGUÍNEA AUTOMATIZADAS ES UN ESQUEMA DE ATENCIÓN SANITARIA, GENERALMENTE CONTRATADO POR INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA (COMO EL IMSS EN MÉXICO), DONDE UN PROVEEDOR EXTERNO GESTIONA DE MANERA INTEGRAL EL BANCO DE SANGRE Y LOS LABORATORIOS DE INMUNOHEMATOLOGÍA UTILIZANDO TECNOLOGÍA AUTOMATIZADA.

ESTE SERVICIO INCLUYE NO SOLO LOS EQUIPOS, SINO TAMBIÉN CONSUMIBLES, SOFTWARE, CAPACITACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO PARA REALIZAR ESTUDIOS DE COMPATIBILIDAD DE FORMA RÁPIDA Y SEGURA ANTES DE UNA TRANSFUSIÓN.

- AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS: REEMPLAZA LOS MÉTODOS MANUALES POR TECNOLOGÍA DE PUNTA (EQUIPOS AUTOMÁTICOS) PARA REALIZAR PRUEBAS DE GRUPO Y FACTOR, RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES Y PRUEBAS CRUZADAS.
- SEGURIDAD TRANSFUSIONAL: EL OBJETIVO PRINCIPAL ES PREVENIR EL RECHAZO INMUNOLÓGICO AL ASEGURAR QUE LA SANGRE DEL DONANTE SEA COMPATIBLE CON LA DEL RECEPTOR.
- COBERTURA INTEGRAL: INCLUYE EL SUMINISTRO DE EQUIPOS DE ÚLTIMA GENERACIÓN, PERSONAL CAPACITADO, MANTENIMIENTO, Y REACTIVOS, A MENUDO BAJO UN MODELO DE LICITACIÓN "TODO INCLUIDO".
- RAPIDEZ Y PRECISIÓN: AL SER AUTOMATIZADO, MEJORA LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN URGENCIAS, DIAGNÓSTICOS DE LEUCEMIAS, CIRUGÍAS Y ENFERMEDADES HEREDITARIAS.

#### BENEFICIOS:

- REDUCCIÓN DE ERRORES HUMANOS.
- MAYOR EFICIENCIA EN EL BANCO DE SANGRE.
- DISPONIBILIDAD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SEGUROS LAS 24 HORAS.

EN RESUMEN, ES UN SERVICIO CONTRATADO PARA GARANTIZAR LA MÁXIMA SEGURIDAD Y EFICIENCIA EN LOS PROCEDIMIENTOS DE TRANSFUSIÓN MEDIANTE TECNOLOGÍA AUTOMATIZADA DE ÚLTIMA GENERACIÓN.

| NO. DE PARTIDA: | CLAVE CUCOP | DESCRIPCIÓN      | CANTIDAD MÍNIMA | CANTIDAD MÁXIMA | UNIDAD DE MEDIDA |
|-----------------|-------------|------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 1               | 33900007    | PRUEBAS CRUZADAS | 1920            | 4800            | PRUEBS CRUZADAS  |

LICENCIAS, AUTORIZACIONES Y PERMISOS.

LOS LICITANTES DEBERÁN DE ENTREGAR DENTRO DE SU PROPUESTA, LO SIGUIENTE:

A) COPIA DEL REGISTRO SANITARIO VIGENTE EXPEDIDO POR LA COFEPRIS DE LA SECRETARIA DE SALUD PARA LOS REACTIVOS REQUERIDOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

EN CASO DE QUE EL REGISTRO SANITARIO NO SE ENCUENTRE DENTRO DEL PERIODO DE VIGENCIA DE 5 (CINCO) AÑOS, CONFORME AL ARTÍCULO 376 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, DEBERÁ PRESENTAR:

- \* COPIA SIMPLE DEL OFICIO DE REGISTRO SANITARIO SOMETIDO A PRÓRROGA
- \* COPIA SIMPLE DEL ACUSE DE RECIBO DEL TRÁMITE DE PRÓRROGA DE REGISTRO SANITARIO PRESENTADO ANTE LA COFEPRIS A MÁS TARDAR EL 24 DE FEBRERO DE 2015.
- \* CARTA EN HOJA MEMBRETADA Y FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL TITULAR DEL REGISTRO, EN DONDE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTE QUE EL TRÁMITE DE PRÓRROGA DEL REGISTRO SANITARIO, DEL CUAL PRESENTA







COPIA DEL OFICIO DE REGISTRO SANITARIO, FUE SOMETIDO EN TIEMPO Y FORMA, Y QUE EL ACUSE DE RECIBO PRESENTADO CORRESPONDE AL PRODUCTO SOMETIDO AL TRÁMITE DE PRÓRROGA DE REGISTRO SANITARIO.

EN EL CASO DE QUE LOS REACTIVOS NO REQUIERAN DE REGISTRO SANITARIO, DEBERÁN PRESENTAR:

- \*CONSTANCIA EXPEDIDA POR LA COFEPRIS QUE LO EXIMA DEL MISMO, SUSCRITA POR SERVIDOR PÚBLICO AUTORIZADO PARA TAL EFECTO, O
- \* LA PUBLICACIÓN DEL DOF VIGENTE "LISTADO DE INSUMOS PARA LA SALUD CONSIDERADOS COMO DE BAJO RIESGO, PARA EFECTOS DE OBTENCIÓN DEL REGISTRO SANITARIO Y DE AQUELLOS PRODUCTOS QUE POR SU NATURALEZA, CARACTERÍSTICAS PROPIAS Y USO NO SE CONSIDERAN COMO INSUMOS PARA LA SALUD Y POR ENDE NO REQUIERAN REGISTRO SANITARIO", REFERENCIANDO EN EL MISMO, LOS REACTIVOS, INSUMOS QUE ESTÁ OFERTANDO.

B) COPIA DEL AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE LA AUTORIZACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO VIGENTE DEL LICITANTE.

F) ESCRITO DE QUE CONOCE TODAS LAS NORMAS Y LINEAMIENTOS REFERIDOS EN EL NUMERAL 2.1 DEL PRESENTE DOCUMENTO, Y QUE EL SERVICIO PROPUESTO CUMPLIRÁ CON DICHAS NORMAS.

LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS (NOM) Y GUÍAS QUE EL PARTICIPANTE DEBE CONSIDERAR PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA NORMATIVA QUE SE PUBLIQUE O ACTUALICE DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, SON:

- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-253-SSA1-2012**, PARA DISPOSICIÓN DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS, PUBLICADA EN EL DOF EL 26 DE OCTUBRE DEL 2012 Y SU MODIFICACIÓN A LOS PUNTOS 6.10.5.3, 8.1.1, 8.4.6.1 Y 13.5.1 Y LA ELIMINACIÓN DEL PUNTO 3.1.38, PUBLICADA EN EL DOF EL 18 DE SEPTIEMBRE DE 2015.
- LA CADENA DE FRÍO DE LA SANGRE. GUÍA PARA LA SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN DE EQUIPOS Y ACCESORIOS. OMS
- **NORMA MEXICANA NMX-EC-15189-IMNC-2015**, LABORATORIOS CLÍNICOS REQUISITOS DE LA CALIDAD Y COMPETENCIA, PUBLICADA EN EL DOF EL 26 DE MAYO DE 2015.
- **NORMA MEXICANA NMX-EC-17043-IMNC-2010**, EVALUACIÓN DE LA CONFORMIDAD-REQUISITOS GENERALES PARA LOS ENSAYOS DE APTITUD.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA3-2011**, PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS LABORATORIOS CLÍNICOS, PUBLICADA EN EL DOF EL 27 DE MARZO DE 2012.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-064-SSA1-1993**, QUE ESTABLECE LAS ESPECIFICACIONES SANITARIAS DE LOS EQUIPOS DE REACTIVOS UTILIZADOS PARA DIAGNÓSTICO, PUBLICADA EN EL DOF EL 24 DE FEBRERO DE 1995.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-077-SSA1-1994**, QUE ESTABLECE LAS ESPECIFICACIONES SANITARIAS DE LOS MATERIALES DE CONTROL (EN GENERAL) PARA LABORATORIOS DE PATOLOGÍA CLÍNICA, PUBLICADA EN EL DOF EL 01 DE JULIO DE 1996.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-078-SSA1-1994**, QUE ESTABLECE LAS ESPECIFICACIONES SANITARIAS DE LOS ESTÁNDARES DE CALIBRACIÓN UTILIZADOS EN LAS MEDICIONES REALIZADAS EN LOS LABORATORIOS DE PATOLOGÍA CLÍNICA, PUBLICADA EL 01 DE JULIO DE 1996.







Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Dirección de Prestaciones Médicas  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.  
Centro Médico Nacional de Occidente  
UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia.



## ANEXO NÚMERO 2 (DOS)

FORMATO PARA LA MANIFESTACIÓN QUE DEBERÁN PRESENTAR LAS MICRO, PEQUEÑAS Y MEDIANAS EMPRESAS, QUE PARTICIPEN CON TAL CARÁCTER EN LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIÓN, PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 34 DEL REGLAMENTO DE LA LEY.

NOTA: EL LICITANTE PRESENTARÁ ESTE MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, EN EL CASO DE QUE NO PRESENTE EL DOCUMENTO EXPEDIDO POR AUTORIDAD COMPETENTE QUE DETERMINE SU ESTRATIFICACIÓN COMO MIPYME.

\_\_\_\_ DE \_\_\_\_ DE \_\_\_\_

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA C.M.N.O.  
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO  
CONVOCANTE

ME REFIERO A LA SOLICITUD DE COTIZACIÓN NO. \_\_\_\_\_ EN EL QUE MI REPRESENTADA, LA EMPRESA \_\_\_\_\_, PARTICIPA A TRAVÉS DE LA PRESENTE PROPOSICIÓN.

AL RESPECTO Y DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 57 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE MI REPRESENTADA ESTÁ CONSTITUIDA CONFORME A LAS LEYES MEXICANAS, CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES \_\_\_\_\_, Y ASIMISMO QUE CONSIDERANDO LOS CRITERIOS (SECTOR, NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES Y VENTAS ANUALES) ESTABLECIDOS EN EL ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECE LA ESTRATIFICACIÓN DE LAS MICRO, PEQUEÑAS Y MEDIANAS EMPRESAS, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 30 DE JUNIO DE 2009, MI REPRESENTADA TIENE UN TOPE MÁXIMO COMBINADO DE \_\_\_\_\_ (1) \_\_\_\_\_, CON BASE EN LO CUAL SE ESTATIFICA COMO UNA EMPRESA \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_.

DE IGUAL FORMA, DECLARO QUE LA PRESENTE MANIFESTACIÓN LA HAGO TENIENDO PLENO CONOCIMIENTO DE QUE LA OMISIÓN, SIMULACIÓN O PRESENTACIÓN DE INFORMACIÓN FALSA, SON INFRACCIONES PREVISTAS POR EL ARTÍCULO 8 FRACCIONES IV Y VIII, SANCIONABLES EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 27, AMBOS DE LA LEY FEDERAL ANTICORRUPCIÓN EN CONTRATACIONES PÚBLICAS, Y DEMÁS DISPOSICIONES APLICABLES.

**ATENTAMENTE**

**NOMBRE Y FIRMA  
DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA**

1.- SEÑALAR EL NÚMERO QUE RESULTE DE LA APLICACIÓN DE LA EXPRESIÓN: TOPE MÁXIMO COMBINADO = (TRABAJADORES) X10% + (VENTAS ANUALES EN MILLONES DE PESOS) X 90%. PARA TALES EFECTOS PUEDE UTILIZAR LA CALCULADORA MIPYME DISPONIBLE EN LA PÁGINA [HTTP://WWW.COMPRASDEGOBIERNO.GOB.MX/CALCULADORA](http://www.comprasdegobierno.gob.mx/calculadora)  
PARA EL CONCEPTO "TRABAJADORES", UTILIZAR EL TOTAL DE LOS TRABAJADORES CON LOS QUE CUENTA LA EMPRESA A LA FECHA DE LA EMISIÓN DE LA MANIFESTACIÓN.  
PARA EL CONCEPTO "VENTAS ANUALES", UTILIZAR LOS DATOS CONFORME AL REPORTE DE SU EJERCICIO FISCAL CORRESPONDIENTE A LA ÚLTIMA DECLARACIÓN ANUAL DE IMPUESTOS FEDERALES, EXPRESADOS EN MILLONES DE PESOS.

2.- SEÑALAR EL TAMAÑO DE LA EMPRESA (MICRO, PEQUEÑA O MEDIANA), CONFORME AL RESULTADO DE LA OPERACIÓN SEÑALADA EN EL NUMERAL ANTERIOR.



2026  
año de  
**Margarita  
Maza**

Belisario Domínguez No.771, Col. Independencia, C. P. 44340, Guadalajara, Jal. Tel: (33) 3668 3000





ANEXO NÚMERO 3 (TRES)

PROPOSICIÓN ECONÓMICA

|                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____ | R.F.C. _____                   |
| DISTRIBUIDOR _____            | NUMERO DE PROVEEDOR IMSS _____ |
| TELEFONO _____                | FAX _____                      |
| CORREO ELECTRONICO _____      |                                |

| REGLÓN   | CONCEPTO                                                               | UNIDA<br>DE<br>MEDIDA | MÍNIMO<br>DE<br>PRUEBAS | MÁXIMO<br>DE<br>PRUEBAS | PRECIO<br>UNITARIO<br>ANTES DE IVA | MONTO<br>MÍNIMO | MONTO<br>MÁXIMO |
|----------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|-----------------|-----------------|
| 1        | PRUEBAS TRANSFUSIONALES.<br>50.04.002 PRUEBA CRUZADA<br>(AUTOMATIZADA) | PRUEBA<br>EFFECT      | 1920                    | 4800                    | \$XX.XX                            | \$XXX.XXX       | \$XXX.XXX       |
| SUBTOTAL |                                                                        |                       |                         |                         |                                    | \$XXX.XXX       | \$XXX.XXX       |
| I.V.A.   |                                                                        |                       |                         |                         |                                    | \$XXX.XXX       | \$XXX.XXX       |
| TOTAL    |                                                                        |                       |                         |                         |                                    | \$XXX.XXX       | \$XXX.XXX       |

NOTA: SE DEBERÁ EXPRESAR QUE LOS PRECIOS OFERTADOS SON FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

EN EL CASO QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, ME OTORGUE LA ADJUDICACIÓN DE LA DEMANDA ASIGNADA, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MÍ REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJE ESTABLECIDOS EN ESTE EVENTO.

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, MANIFIESTO QUE LOS PRODUCTOS QUE ESTOY PROPONIENDO, NO CONTRAVIENEN A LA LEY FEDERAL DE DERECHO DE AUTOR NI A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN A LA PROPIEDAD INDUSTRIAL

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
O APODERADO LEGAL



2026  
año de  
Margarita  
Maza

Belisario Domínguez No.771, Col. Independencia, C. P. 44340, Guadalajara, Jal. Tel: (33) 3668 3000





Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Centro Médico Nacional de Occidente

UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia.



**ANEXO NÚMERO 4 (CUATRO)**

LUGAR Y FECHA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA C.M.N.O.  
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO  
CONVOCANTE

(\_\_\_\_NOMBRE\_\_\_\_) EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA (\_\_\_\_NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA\_\_\_\_), MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

QUE MI REPRESENTADA NO SE ENCUENTRA SANCIONADA COMO EMPRESA.

(NOMBRE Y FIRMA)  
(DEL REPRESENTANTE LEGAL).



**2026**  
año de  
**Margarita  
Maza**

Belisario Domínguez No.771, Col. Independencia, C. P. 44340, Guadalajara, Jal. Tel: (33) 3668 3000





Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Centro Médico Nacional de Occidente

UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia.



## ANEXO NÚMERO 5 (CINCO)

LUGAR Y FECHA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA C.M.N.O.

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO

CONVOCANTE

(\_\_\_\_NOMBRE\_\_\_\_) EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA (\_\_\_\_NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA\_\_\_\_), MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD LO SIGUIENTE

QUE CUENTA CON FACULTADES SUFICIENTES PARA COMPROMETERSE POR SÍ O POR SU REPRESENTADA, SIN QUE RESULTE NECESARIO ACREDITAR SU PERSONALIDAD JURÍDICA.

(NOMBRE Y FIRMA)

(DEL REPRESENTANTE LEGAL).



2026  
año de  
**Margarita  
Maza**

Belisario Domínguez No.771, Col. Independencia, C. P. 44340, Guadalajara, Jal. Tel: (33) 3668 3000





Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Dirección de Prestaciones Médicas  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.  
Centro Médico Nacional de Occidente  
UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia.



**ANEXO NÚMERO 6 (SEIS)**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA C.M.N.O.  
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO

(\_\_\_\_NOMBRE\_\_\_\_) EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA (\_\_\_\_NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA\_\_\_\_), MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTO NO ENCONTRARME EN LOS SUPUESTOS DEL ARTÍCULO 71 Y 90 DE LA LEY, EN TÉRMINOS.

LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL)



**2026**  
año de  
**Margarita  
Maza**

Belisario Domínguez No.771, Col. Independencia, C. P. 44340, Guadalajara, Jal. Tel: (33) 3668 3000





## ANEXO NÚMERO 7 (SIETE)

### ACREDITACIÓN

\_\_\_\_\_(NOMBRE)\_\_\_\_\_, MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS SON CIERTOS, ASÍ COMO QUE CUENTO CON FACULTADES SUFICIENTES PARA SUSCRIBIR LAS PROPOSICIONES EN LA PRESENTE SOLICITUD DE COTIZACIÓN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE: \_\_\_\_\_(PERSONA FÍSICA O MORAL)\_\_\_\_\_.

NO. DE LA LICITACIÓN \_\_\_\_\_.

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE PROVEEDOR \_\_\_\_\_  
DOMICILIO. - LOS DATOS AQUÍ REGISTRADOS CORRESPONDERÁN AL DEL DOMICILIO FISCAL DEL PROVEEDOR O PRESTADOR DE SERVICIOS)  
CALLE Y NÚMERO: \_\_\_\_\_  
COLONIA: \_\_\_\_\_ DELEGACIÓN O MUNICIPIO: \_\_\_\_\_  
CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ ENTIDAD FEDERATIVA: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO LOCAL: \_\_\_\_\_  
NÚMERO CELULAR DE CONTACTO LAS 24 HORAS: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO DE LA PERSONA CON QUIEN SE COORDINARÁ LA SOLICITUD DE ÓRDENES DESERVICIO: \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO DEL REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_  
NO. DE LA ESCRITURA PÚBLICA EN LA QUE CONSTA SU ACTA CONSTITUTIVA: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ DURACIÓN \_\_\_\_\_  
NOMBRE, NÚMERO Y LUGAR DEL NOTARIO PÚBLICO ANTE EL CUAL SE PROTOCOLIZÓ LA MISMA: \_\_\_\_\_  
RELACIÓN DE SOCIOS O ASOCIADOS. - \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_ NOMBRE(S): \_\_\_\_\_  
  
DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL: \_\_\_\_\_  
  
REFORMAS AL ACTA CONSTITUTIVA QUE INCIDAN CON EL OBJETO DEL PROCEDIMIENTO. \_\_\_\_\_  
  
FECHA Y DATOS DE INSCRIPCIÓN O FOLIO MERCANTIL, EN EL REGISTRO PÚBLICO CORRESPONDIENTE. \_\_\_\_\_

### NOMBRE DEL APODERADO O REPRESENTANTE:

DATOS DEL DOCUMENTO MEDIANTE EL CUAL ACREDITA SU PERSONALIDAD Y FACULTADES. -  
ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE, NÚMERO Y LUGAR DEL NOTARIO PÚBLICO ANTE EL CUAL SE PROTOCOLIZÓ LA MISMA: \_\_\_\_\_  
FECHA Y DATOS DE INSCRIPCIÓN O FOLIO MERCANTIL EN EL REGISTRO PÚBLICO: \_\_\_\_\_

ASIMISMO, MANIFIESTO QUE LOS CAMBIOS O MODIFICACIONES QUE SE REALICEN EN CUALQUIER MOMENTO A LOS DATOS O DOCUMENTOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO QUE, EN SU CASO, SEA SUSCRITO CON EL INSTITUTO, DEBERÁN SER COMUNICADOS A ÉSTE, DENTRO DE LOS CINCO DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE SE GENEREN.

(LUGAR Y FECHA)

PROTESTO LO NECESARIO

(NOMBRE Y FIRMA)



2026  
año de  
Margarita  
Maza





Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Dirección de Prestaciones Médicas  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.  
Centro Médico Nacional de Occidente  
UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia.



### ANEXO NÚMERO 8 (OCHO)

MEMBRETE DE LA EMPRESA

MANIFESTACIÓN DE PROVEEDOR

ARTÍCULO 49 FRACCIÓN IX DE LA LEY GENERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS

\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 2026.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CMNO.

P R E S E N T E

ME REFIERO A LA SOLICITUD DE COTIZACIÓN NÚMERO SC-2026-0000XXXX

MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE CONOZCO EL CONTENIDO DEL ARTÍCULO 49 FRACCIÓN IX DE LA LEY GENERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS, POR LO QUE EL REPRESENTANTE LEGAL, SOCIOS Y/O ACCIONISTAS QUE EJERCEN EL CONTROL SOBRE LA SOCIEDAD, NO DESEMPEÑAN EMPLEO, CARGO O COMISIÓN EN EL SERVICIO PÚBLICO O, EN SU CASO A PESAR DE DESEMPEÑARLO CON LA FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE NO SE ACTUALIZA UN CONFLICTO DE INTERÉS.

NOMBRE Y FIRMA DEL PROVEEDOR.



2026  
año de  
**Margarita  
Maza**

Belisario Domínguez No.771, Col. Independencia, C. P. 44340, Guadalajara, Jal. Tel: (33) 3668 3000





**ANEXO NÚMERO 9 (NUEVE)**

**LUGAR Y FECHA**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA C.M.N.O.

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO

PRESENTE

\_\_\_\_\_, NOMBRE \_\_\_\_\_, EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA (PERSONA FÍSICA O MORAL) \_\_\_\_\_, Y EN TÉRMINOS DE LA ADJUDICACIÓN DIRECTA NACIONAL, NÚMERO \_\_\_\_\_, MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD LO SIGUIENTE:

QUE MI REPRESENTADA SE ABSTENDRÁ POR SÍ MISMA O A TRAVÉS DE INTERPÓSITA PERSONA, DE ADOPTAR CONDUCTAS PARA QUE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL INSTITUTO INDUZCAN O ALTEREN LAS EVALUACIONES DE LAS PROPOSICIONES, EL RESULTADO DEL PROCEDIMIENTO, U OTROS ASPECTOS QUE LE OTORGUEN CONDICIONES MÁS VENTAJOSAS CON RELACIÓN A LOS DEMÁS PARTICIPANTES.

(EN CASO DE SER PERSONA FÍSICA, DEBERÁ SUSTITUIR EL PÁRRAFO ANTERIOR POR LO SIGUIENTE: "ME PERMITO MANIFESTAR BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE ME ABSTENDRÉ POR SÍ MISMO O A TRAVÉS DE INTERPÓSITA PERSONA, DE ADOPTAR CONDUCTAS QUE INDUZCAN O ALTEREN LAS EVALUACIONES DE LAS PROPOSICIONES, EL RESULTADO DEL PROCEDIMIENTO, U OTROS ASPECTOS QUE LE OTORGUEN CONDICIONES MÁS VENTAJOSAS CON RELACIÓN A LOS DEMÁS PARTICIPANTES; ASIMISMO ME ABSTENDRÉ POR SÍ MISMO O POR INTERPÓSITA PERSONA, DE LLEVAR A CABO CUALQUIER ACTO QUE IMPLIQUE TRASGRESIÓN A LAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y SU REGLAMENTO; ASÍ COMO A LO DISPUESTO EN GENERAL POR LA LEY FEDERAL DE COMPETENCIA ECONÓMICA.") EN CASO DE NO SER PERSONA FÍSICA PODRÁ ELIMINAR ESTE PÁRRAFO.

QUE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, ME OBLIGO A LIBERAR AL INSTITUTO DE TODA RESPONSABILIDAD DE CARÁCTER CIVIL, MERCANTIL, PENAL O ADMINISTRATIVA QUE, EN SU CASO, SE OCASIONE CON MOTIVO DE LA INFRACCIÓN DE DERECHOS DE AUTOR, PATENTES, MARCAS U OTROS DERECHOS DE PROPIEDAD INDUSTRIAL O INTELECTUAL A NIVEL NACIONAL O INTERNACIONAL.

PROTESTO LO NECESARIO

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE Y FIRMA DEL APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL DEL PARTICIPANTE)



**2026**  
año de  
**Margarita**  
**Maza**





Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Dirección de Prestaciones Médicas

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Centro Médico Nacional de Occidente

UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia.



## ANEXO NÚMERO 10 (DIEZ)

MANIFESTACIÓN DE PROVEEDOR

ARTÍCULO 40 FRACCIÓN XI DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

\_\_\_\_ DE \_\_\_\_ DE \_\_\_\_ 2026.  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CMNO.

P R E S E N T E

ME REFIERO A LA SOLICITUD DE COTIZACIÓN NÚMERO SC-2026-0000XXXX.

MANIFIESTO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE (AFIRMO O NIEGO) LOS VÍNCULOS O RELACIONES DE NEGOCIOS, LABORALES, PROFESIONALES, PERSONALES O DE PARENTESCO POR CONSANGUINIDAD O AFINIDAD HASTA EL CUARTO GRADO CON LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS QUE ESTABLECE EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CONTRATACIONES.

NOMBRE Y FIRMA DEL PROVEEDOR.



**2026**  
año de  
**Margarita**  
**Maza**

Belisario Domínguez No.771, Col. Independencia, C. P. 44340, Guadalajara, Jal. Tel: (33) 3668 3000





Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Centro Médico Nacional de Occidente

UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia.



## ANEXO NÚMERO 11 (ONCE)

MANIFESTACIÓN DE PROVEEDOR

ARTÍCULO 40 FRACCIÓN XX DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 2026.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CMNO.

PRESENTE

ME REFIERO A LA SOLICITUD DE COTIZACIÓN NÚMERO SC-2026-0000XXXX.

MANIFIESTO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE MI REPRESENTADA NO EJECUTA CON OTRO PARTICIPANTE ACCIONES QUE IMPLIQUEN O TENGAN POR OBJETO OBTENER UN BENEFICIO O VENTAJA INDEBIDA EN LA PRESENTE SOLICITUD DE COTIZACIÓN.

NOMBRE Y FIRMA DEL PROVEEDOR.



2026  
año de  
**Margarita  
Maza**

Belisario Domínguez No.771, Col. Independencia, C. P. 44340, Guadalajara, Jal. Tel: (33) 3668 3000





Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
Dirección de Prestaciones Médicas  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.  
Centro Médico Nacional de Occidente  
UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia.



**ANEXO NÚMERO 12 (DOCE)**

MANIFESTACIÓN DE PROVEEDOR

ARTÍCULO 40 FRACCIÓN XXI DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 2026.  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CMNO.

P R E S E N T E

ME REFIERO A LA SOLICITUD DE COTIZACIÓN NÚMERO SC-2026-0000XXXX.

MANIFIESTO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE MI REPRESENTADA EN CASO DE RESULTAR GANADOR, NO PODRÁ SUBCONTRATAR A OTRO LICITANTE QUE HAYA PARTICIPADO EN EL PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA ANTES MENCIONADO.

NOMBRE Y FIRMA DEL PROVEEDOR.



**2026**  
año de  
**Margarita  
Maza**

Belisario Domínguez No.771, Col. Independencia, C. P. 44340, Guadalajara, Jal. Tel: (33) 3668 3000





Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Centro Médico Nacional de Occidente

UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia.



### ANEXO NÚMERO 13 (TRECE)

#### MANIFESTACIÓN DE PROVEEDOR

\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 2026.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CMNO.

PRESENTE

ME REFIERO A LA SOLICITUD DE COTIZACIÓN NÚMERO SC-2026-0000XXXX.

MANIFIESTO, QUE MI REPRESENTADA EN CASO DE RESULTAR GANADOR, CUENTA CON LA CAPACIDAD PARA CUMPLIR CON LOS REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PREVISTOS EN LA PRESENTE SOLICITUD DE COTIZACIÓN.

NOMBRE Y FIRMA DEL PROVEEDOR.



**2026**  
año de  
**Margarita  
Maza**

Belisario Domínguez No.771, Col. Independencia, C. P. 44340, Guadalajara, Jal. Tel: (33) 3668 3000





Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Centro Médico Nacional de Occidente

UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia.



#### ANEXO NÚMERO 14 (CATORCE)

MANIFESTACIÓN DE PROVEEDOR

\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 2026.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CMNO.

PRESENTE

ME REFIERO A LA SOLICITUD DE COTIZACIÓN NÚMERO SC-2026-0000XXXX.

MANIFIESTO, QUE MI REPRESENTADA ESTARÍA DISPUESTA A PRESTAR EL SERVICIO, A PARTIR DEL \_\_\_\_\_ (INCLUIR LA TEMPORALIDAD EN QUE PUEDE REALIZAR LA MISMA), A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DE ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO.

NOMBRE Y FIRMA DEL PROVEEDOR.



**2026**  
año de  
**Margarita  
Maza**

Belisario Domínguez No.771, Col. Independencia, C. P. 44340, Guadalajara, Jal. Tel: (33) 3668 3000





Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Centro Médico Nacional de Occidente

UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia.



## ANEXO NÚMERO 15 (QUINCE)

### MANIFESTACIÓN DE PROVEEDOR

\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 2026.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CMNO.

PRESENTE

ME REFIERO A LA SOLICITUD DE COTIZACIÓN NÚMERO SC-2026-0000XXXX.

MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE MI REPRESENTADA ES DE NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ (MEXICANA O EXTRANJERA)

NOMBRE Y FIRMA DEL PROVEEDOR.



**2026**  
año de  
**Margarita  
Maza**

Belisario Domínguez No.771, Col. Independencia, C. P. 44340, Guadalajara, Jal. Tel: (33) 3668 3000