



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ELIMINADO: R.F.C. FUNDAMENTO LEGAL: ARTS. 113-F-I, 108 Y 118 DE LA LGTAP MOTIVACION: SE CONSIDERA INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICADA O IDENTIFICABLE, CUYA DIFUSION PUEDE AFECTAR LA ESFERA JURIDICA DE LA MISMA

CONTRATO ABIERTO PARA EL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, PARA EL H.G.Z. N° 24, POZA RICA, VER., DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, DURANTE EL PERIODO DEL 01 DE ENERO AL 29 DE FEBRERO DEL EJERCICIO 2024, CON CARÁCTER INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE LOS TRATADOS QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN ADELANTE "EL INSTITUTO", REPRESENTADO POR EL DR. JORGE MARTINEZ TORRES, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE Y APODERADO LEGAL, Y, POR LA OTRA, OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA, S.A. DE C.V. EN LO SUCESIVO "EL PROVEEDOR", REPRESENTADA POR EL C. VÍCTOR ALARCÓN PELÁEZ, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, A QUIENES DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", AL TENOR DE LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

DECLARACIONES

I. "El Instituto" declara, a través de su representante legal, que:

I.1 Es un Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene a su cargo la organización y administración del Seguro Social, como un servicio público de carácter nacional, en términos de los artículos 4º y 5º de la Ley del Seguro Social.

I.2 El Dr. Jorge Martinez Torres, Con R.F.C. [REDACTED] en su carácter de Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Veracruz Norte y Apoderado Legal, cuenta con las facultades suficientes para suscribir el presente instrumento jurídico, quien podrá ser sustituido en cualquier momento en su cargo o funciones, sin que ello implique la necesidad de elaborar convenio modificatorio, de conformidad con lo establecido en los artículos 268 A de la Ley de Seguro Social y 2, fracción IV, inciso a), 8, 144, fracciones I y XXIII, y 155 del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, y acredita su personalidad mediante el testimonio de la Escritura Pública Número 128,331 de fecha 5 de enero de 2023 pasada ante la Fe del Doctor Eduardo García Villegas, Notario Público Número 15, de la Ciudad de México, y que ha quedado debidamente inscrita en el Registro Público de Organismos Descentralizados bajo el folio Mercantil 97-7-09012023-142934 de fecha 9 de enero de 2023 y manifiesta bajo protesta de decir verdad que las facultades que le fueron conferidas no le han sido revocadas, modificadas, ni restringidas en forma alguna en cumplimiento a los artículos 24 y 25 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

I.3 La Lic. Ana Laura Puig Lagunes, con R.F.C. [REDACTED] Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, de "El Instituto", interviene Como Área Contratante, en el Procedimiento del cual se deriva el presente instrumento jurídico, de conformidad con lo establecido en el artículo 2, fracción I, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

I. 4 La Dra. Ingrid Zaragoza Ruíz, con R.F.C. [REDACTED] Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, de "El Instituto", interviene como Área Requirente en el procedimiento del cual se deriva este contrato, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2, fracción II, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

I.5 De conformidad con los artículos 2, fracción III Bis y 84, penúltimo párrafo del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, suscribe el presente instrumento Dr. José Guadalupe Gutiérrez Marquez, Con R.F.C. [REDACTED] Coordinador de Prevención y Atención a la Salud; facultado para administrar el cumplimiento de las obligaciones que deriven del objeto del presente contrato, quien podrá ser sustituido en cualquier momento en su cargo o funciones, bastando para tales efectos un comunicado por escrito y firmado por el servidor público facultado para ello, dirigido al representante legal de "El Proveedor" para los efectos del presente contrato, encargado del cumplimiento de las obligaciones contraídas en el presente instrumento jurídico.

[Handwritten signature]

L.C. LSA/ L.D. AGL/ L.D. LFQB



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

I.7. La adjudicación del presente contrato se realizó mediante el procedimiento de Adjudicación Directa de carácter Internacional Bajo la Cobertura de los Tratados, número **AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**, al amparo de lo establecido en los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 26 fracción III, 26 Bis fracción II, 28 fracción II, 34, 35, 41 fracción V y 47 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y los correlativos de su Reglamento y en términos del Acta de Asignación de fecha **29 de diciembre de 2023**, suscrita por la Lic. Ana Laura Puig Lagunes, Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento.

I.8 "El Instituto" cuenta con suficiencia presupuestaria otorgada mediante el Certificado de Disponibilidad Presupuestal Previo con cuenta número 4206 1604 y folio **000022764-2024**, de fecha 28 de Noviembre de 2023, emitido por el Departamento de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios.

"El presupuesto definitivo a ejercer está sujeto a la aprobación del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2024 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 2024, se apruebe 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".

I.9 Para efectos fiscales las Autoridades Hacendarias le han asignado el Registro Federal de Contribuyentes N° **IMS-421231-I45**.

I.10 Tiene establecido su domicilio en Calle Lomas del Estadio S/N, Colonia Centro, C.P. 91000, de la Ciudad de Xalapa, Ver., mismo que señala para los fines y efectos legales del presente contrato.

II. "El Proveedor" declara que:

II.1 Es una persona moral legalmente constituida según consta en la Póliza número **5,182** de fecha **31 de Marzo del 2008**, pasada ante la fe del Licenciado **Luis Arevalo Contreras**, Corredor Público número **1** de **Acapulco, Guerrero**, e inscrita en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio de **Acapulco, Guerrero**, en el folio mercantil número **9167\*17**, bajo la denominación "**Operadora de Servicios de Salud Santa Lucía, S.A. de C.V.**", cuyo objeto social es, entre otros, **La administración, operación, supervisión, organización, promoción, consultoría, asesoría, e intervención mediante cualquier medio legal en clínicas y hospitales, laboratorios, consultorios y todo lo relacionado con la prestación de servicios médicos hospitalarios e de cualquier otro tipo, etc.**

II.2 El C. **Víctor Alarcón Peláez**, en su carácter de representante legal, cuenta con facultades suficientes para suscribir el presente contrato y obligar a su representada en los términos, lo cual acredita mediante la Escritura Pública número **32,439** de fecha **23 de Enero de 2020**, pasada ante la fe del Licenciado **Arturo Betancourt Sotelo**, Titular de la Notaría Pública número **13** de **Acapulco, Guerrero**, mismas que bajo protesta de decir verdad manifiesta que no le han sido limitadas ni revocadas en forma alguna..

II.3 Reúne las condiciones técnicas, jurídicas y económicas y cuenta con la organización y elementos necesarios para su cumplimiento.

II.4 Manifiesta bajo protesta de decir verdad, ni él ni ninguno de los socios o accionistas se encuentran en los supuestos de los artículos 50 y 60 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

En caso de que "El Proveedor" se encuentre en los supuestos señalados anteriormente, el presente contrato será nulo previa determinación de la autoridad competente de conformidad con lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Asimismo, manifiesta que ni él ni ninguno de los socios o accionistas desempeñan un empleo, cargo o comisión en el servicio público, ni se encuentran inhabilitados para ello, o en su caso que, a pesar de desempeñarlo, con la



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

formalización del presente contrato no se actualiza un conflicto de interés, en términos del artículo 49, fracción IX de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

II.5 Bajo protesta de decir verdad, declara que conoce y se obliga a cumplir con el Convenio 138 de la Organización Internacional del Trabajo en materia de erradicación del Trabajo Infantil, del artículo 123 Constitucional, apartado A) en todas sus fracciones y de la Ley Federal del Trabajo en su artículo 22, manifestando que ni en sus registros, ni en su nómina tiene empleados menores de quince años y que en caso de llegar a tener a menores de dieciocho años que se encuentren dentro de los supuestos de edad permitida para laborar le serán respetados todos los derechos que se establecen en el marco normativo transcrito.

II.6 Cuenta con su Registro Federal de Contribuyentes **OSS-080331-528**, con Registro Patronal [REDACTED] con número de Proveedor 0000127573.

II.7 Cuenta con el documento vigente expedido por el Servicio de Administración Tributaria (SAT), de opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en sentido positivo, de conformidad con el artículo 32 D del Código Fiscal de la Federación, así como a lo dispuesto por las Reglas 2.1.29 y 2.1.37 de la Resolución Miscelánea Fiscal para este ejercicio fiscal, del cual presenta copia a "El Instituto" para efectos de la suscripción del presente contrato.

II.8 Sus trabajadores se encuentran inscritos en el régimen obligatorio del Seguro Social, y al corriente en el pago de las cuotas obrero patronales a que haya lugar, conforme a lo dispuesto en la Ley del Seguro Social, cuyas constancias correspondientes debidamente emitidas por "El Instituto" se verificaron para efectos de la suscripción del presente instrumento jurídico.

II.9 Cuenta con el documento correspondiente vigente y en sentido positivo, expedido por "El Instituto" sobre el cumplimiento de sus obligaciones fiscales en materia de seguridad social, conforme al Acuerdo ACDO.AS2.HCT.270422/107.P.DIR dictado por el H. Consejo Técnico de "El Instituto" en la sesión ordinaria celebrada el 27 de abril de 2022, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de septiembre de 2022, el cual se verificó para efectos de la suscripción del presente contrato.

En caso de incumplimiento en sus obligaciones en materia de seguridad social, solicita se apliquen los recursos derivados del presente contrato, contra los adeudos que, en su caso, tuviera a favor de "El Instituto".

II.10 Cuenta con el documento correspondiente vigente, expedido por el INFONAVIT en los términos del Acuerdo del H. Consejo de Administración del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores por el que se emiten las Reglas para la obtención de la constancia de situación fiscal en materia de aportaciones patronales y entero de descuentos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de junio de 2017, del cual presenta copia a "El Instituto" para efectos de la suscripción del presente contrato.

II.11 Tiene establecido su domicilio en **Calle Adolfo Prieto No. 1020, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Demarcación territorial Benito Juárez, Ciudad de México, con correo electrónico: valarcon@hospitalsantalucia.net**, mismo que señala para los fines y legales del presente contrato.

II.12 Conforme a lo previsto en los artículos 57 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 107 de su Reglamento, "El Proveedor", en caso de auditorías, visitas o inspecciones que practique la Secretaría de la Función Pública y el Órgano Interno de Control en "El Instituto" y cualquier otra entidad fiscalizadora, deberá proporcionar la información relativa al presente contrato que en su momento se requiera, generada desde el procedimiento de adjudicación hasta la conclusión de la vigencia, a efecto de ser sujetos a fiscalización de los recursos de carácter federal.

### III. De "Las Partes":

III.1 Que es su voluntad celebrar el presente contrato y sujetarse a sus términos y condiciones, por lo que de común acuerdo se obligan de conformidad con las siguientes:

ELIMINADO: REGISTRO PATRONAL  
FUNDAMENTO LEGAL: ARTS. 113-F-III, 108 Y 118 DE LA LGTAIP  
MOTIVACION: SE CONSIDERA INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA MORAL INHERENTE A SU PATRIMONIO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

## CLÁUSULAS

### PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO.

"El Proveedor" acepta y se obliga a proporcionar a "El Instituto" la prestación del servicio médico integral de hemodiálisis subrogado, en los términos y condiciones establecidos en la Convocatoria, este contrato y sus anexos que forman parte integrante del mismo y se enuncian a continuación:

|                |   |
|----------------|---|
| Anexo 1 (uno)  | "Certificado de Disponibilidad Presupuestal Previo, Anexo Técnico y Términos y Condiciones" |
| Anexo 2 (dos)  | "Propuesta Técnica de "El Proveedor" y asignación"  |
| Anexo 3 (tres) | "Formato para Póliza de Fianza de cumplimiento de contrato"                                 |

### SEGUNDA. MONTO DEL CONTRATO.

"El Instituto" pagará a "El Proveedor" como contraprestación por los servicios objeto de este contrato, la cantidad mínima de **\$123,585.00 (CIENTO VEINTITRES MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS 00/100 M.N.)** más impuestos por \$19,773.60 (DIECINUEVE MIL SETECIENTOS SETENTA Y TRES PESOS 60/100 M.N.) y un monto máximo de **\$308,160.00 (TRESCIENTOS OHCO MIL CIENTO SESENTA PESOS 00/100 M.N.)**, más impuestos que asciende a \$49,305.60 (CUARENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS CINCO PESOS 60/100 M.N.).

El precio unitario es considerado fijo y en moneda nacional (peso) hasta que concluya la relación contractual que se formaliza, incluyendo todos los conceptos y costos involucrados en la prestación del servicio de contratado, por lo que "El Proveedor" no podrá agregar ningún costo extra y los precios serán inalterables durante la vigencia del presente contrato.


### TERCERA. ANTICIPO

Para el presente contrato "El Instituto" no otorgará anticipo a "El Proveedor".

### CUARTA. FORMA Y LUGAR DE PAGO.

El Proveedor deberá presentar a la fecha del corte de los servicios, la representación impresa del comprobante fiscal digital (factura electrónica), opiniones de cumplimiento positivas y vigentes (IMSS, SAT, INFONAVIT), y el Reporte de Sesiones efectivamente otorgadas, en el periodo obtenido del Sistema del Instituto, en caso de que el participante adjudicado no cuente con sistema de información y mensajería HL7 certificado y la información se envíe en archivo de texto, adicionalmente entregará copias de la solicitud de subrogación de servicios (4-30-2/03) y documento(s) que incluya la fecha, nombre y firma de recepción de los servicios por el derechohabiente y/o acompañante, documentos que entregarán para su autorización al Administrador del Contrato, internamente serán validados por parte del Jefe del Servicio, el Subdirector Administrativo y el Director Médico de la Unidad, a más tardar 5 (cinco) días hábiles posteriores a la fecha indicada, la presentación impresa del comprobante fiscal digital (factura electrónica) deberá referir a las sesiones otorgadas que se encuentran señaladas en el reporte.

El pago de los servicios se efectuará en pesos mexicanos, a los 20 días naturales posteriores a la entrega de la presentación impresa del comprobante fiscal digital y documentación comprobatoria que acredite la entrega de los servicios 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" así como del Reporte de sesiones otorgadas en el periodo, ambos documentos deberán estar previamente autorizados por el administrador del Contrato, en caso de que el participante adjudicado no cuente con sistema de información y mensajería HL7 certificado y la información se envíe en archivo de texto, adicionalmente entregará copias de la solicitud de subrogación (4-30-2/03) y documento que incluya la fecha, nombre y firma de recepción de los servicios por el derechohabiente y/o acompañante, en el área de Trámite de Erogaciones del OOADRVN en donde se haya prestado el servicio, de lunes a viernes en un horario 9:00 a 14:00 horas, previa validación y autorización que para tal efecto realice el (INDICAR EL CARGO DEL TITULAR QUE ADMINISTRA EL CONTRATO) en su carácter del Administrador.

|   |  |  |
|---|--|--|
|  | <p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>         ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>         DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>         JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>         COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> | <p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL<br/>         BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS<br/>         ELECTRÓNICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>         HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> |
| <p><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0007</b></p>                                      |  |  |

En caso de aplicar, de igual manera el participante adjudicado deberá de entregar nota de crédito a favor del Instituto por el importe de la aplicación de la pena convencional por atraso o deficiencia del servicio.

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

El pago se depositará en la fecha programada de pago a través del esquema interbancario si la cuenta bancaria del participante adjudicado está contratada con BANORTE, BBVA BANCOMER, HSBC o SCOTIABANK INVERLAT y, a través del esquema interbancario vía SPEI (Sistema de Pagos Electrónicos Interbancarios) si la cuenta pertenece a un banco distinto a los mencionados.

En caso de que el proveedor solicite el abono en una cuenta contratada en un banco diferente a los antes citados (interbancario), el IMSS realizará la instrucción de pago en la fecha de vencimiento del contra-recibo y su aplicación se llevará a cabo al día hábil siguiente, de acuerdo con el mecanismo establecido por el Centro de Compensación Bancaria, CECOBAN.

Asimismo, el Instituto podrá aceptar a solicitud del proveedor que en el supuesto de que tenga cuentas liquidas y exigibles a su cargo, aplicarlas contra los adeudos que, en su caso, tuviera por concepto de cuota obrero – patronales, conforme a lo previsto en el artículo 40 B de la Ley del Seguro Social, adicionalmente el participante adjudicado acepta se realicen las deducciones correspondientes en su caso, generadas por la aplicación de penas convencionales derivados de atrasos o deficiencias en el servicio.

El proveedor que celebre contrato de cesión de derechos de cobro deberá notificarlo por escrito al Instituto con un mínimo de cinco días naturales anteriores a la fecha de pago programada, entregando invariablemente los documentos sustantivos de dicha cesión. Asimismo El participante adjudicado podrá optar por cobrar a través de factoraje financiero conforme al Programa de Cadenas Productivas de Nacional Financiera, S.N.C., Institución de Banca de Desarrollo con el Instituto.

En caso de que el participante adjudicado reciba pagos en exceso, deberá reintegrar dichas cantidades, más los intereses correspondientes, conforme a la tasa que establezca la Ley de Ingresos de la Federación, para los casos de prórroga cuando existan créditos fiscales. Los intereses se calcularán sobre las cantidades en exceso y se computarán por días naturales desde la fecha de su entrega hasta la fecha en que se ponga efectivamente las cantidades a disposición del Instituto

El pago de la prestación del servicio, quedará condicionado proporcionalmente al pago que el participante adjudicado deba efectuar por concepto de penas convencionales.

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, así como las que emita el SAT a nombre del IMSS, con Registro Federal de Contribuyentes IMS421231145 y en caso de ser necesario como dato adicional, el domicilio en Avenida Paseo de la Reforma Núm. 476 en la Colonia Juárez, C.P. 06600, Demarcación Territorial Cuauhtémoc, Ciudad de México.

El pago quedará condicionado proporcionalmente al pago que el proveedor deba efectuar por concepto de penas convencionales por atraso y/o deductivas.

El proveedor se obliga a no cancelar ante el SAT los CFDI a favor del IMSS previamente validados en el Portal de Servicios a Proveedores, salvo justificación y comunicación por parte del mismo al Administrador del 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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA**

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

El cómputo del plazo para realizar el pago se contabilizará a partir del día hábil siguiente de la aceptación del CFDI o factura electrónica, y ésta reúna los requisitos fiscales que establece la legislación en la materia, el desglose de los bienes entregados, los precios unitarios, se verifique su autenticidad, no existan aclaraciones al importe y vaya acompañada con la documentación soporte de la entrega de los bienes facturados.

De conformidad con el artículo 90 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, en caso de que el CFDI o factura electrónica entregado presente errores, el Administrador del presente contrato o quien éste designe por escrito, dentro de los 3 (tres) días hábiles siguientes de su recepción, indicará a "El Proveedor" presente el CFDI y/o documentos soporte corregidos y sean aceptados.

El tiempo que "El Proveedor" utilice para la corrección del CFDI y/o documentación soporte entregada, no se computará para efectos de pago, de acuerdo con lo establecido en el artículo 51 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

El CFDI se deberá presentar desglosando el I.V.A., cuando aplique.

"El Proveedor" manifiesta su conformidad que, hasta en tanto no se cumpla con la verificación, supervisión y aceptación de los bienes, no se tendrán como recibidos o aceptados por el Administrador del presente contrato.

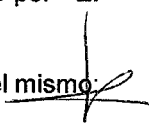
Para efectos de trámite de pago, "El Proveedor" deberá ser titular de una cuenta bancaria, en la que se efectuará la transferencia electrónica de pago, respecto de la cual deberá proporcionar toda la información y documentación que le sea requerida por "El Instituto", para efectos del pago.

"El Proveedor" deberá presentar la información y documentación que "El Instituto" le solicite para el trámite de pago, atendiendo a las disposiciones legales e internas de "El Instituto".

Para el caso de que se presenten pagos en exceso, se estará a lo dispuesto por el artículo 51, párrafo tercero de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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

La prestación de los servicios, se realizará conforme a los plazos, condiciones y entregables establecidos por "El Instituto" en el **ANEXO 1 (uno), LOS CUALES FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONTRATO**.

Los servicios serán prestados en los domicilios señalados en el **(ANEXO 1 (uno))** y fechas establecidas en el mismo: 


#### **SEXTA. VIGENCIA.**

"Las Partes" convienen en que la vigencia del presente contrato será del **01 de enero de 2024 al 29 de febrero de 2024**, sin perjuicio de su posible terminación anticipada, en los términos establecidos en el presente contrato.

#### **SÉPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO.**

"Las Partes" están de acuerdo que "El Instituto" por razones fundadas y explícitas podrá ampliar el monto o la cantidad de los servicios, de conformidad con lo establecido en el artículo 52 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, siempre y cuando las modificaciones no rebasen en su conjunto el 20% (veinte por ciento) de los establecidos originalmente, el precio unitario sea igual al originalmente pactado y el contrato esté vigente. La modificación se formalizará mediante la celebración de un Convenio Modificatorio.

"El Instituto" podrá ampliar la vigencia del presente instrumento, siempre y cuando, no implique incremento del monto contratado o de la cantidad del servicio, siendo necesario que se obtenga el previo consentimiento de "El Proveedor".

|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>         ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>         DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>         JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>         COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0007</b></p> | <p style="text-align: center;">ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL<br/>         BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS<br/>         ELECTRÓNICA</p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024</b></p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>         HEMODIALISIS SUBROGADA</p> |
|---|---|--|

Para tal efecto, "El Proveedor" se obliga a entregar, en su caso, la modificación de la garantía, en términos de los artículos 91, último párrafo y 103, fracción II del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

De presentarse caso fortuito, fuerza mayor o por causas atribuibles a "El Instituto", se podrá modificar el plazo del presente instrumento jurídico, debiendo acreditar dichos supuestos en el expediente de contratación respectivo. La modificación del plazo por caso fortuito o fuerza mayor podrá ser solicitada por cualquiera de "Las Partes" y no procederá la aplicación de penas convencionales por atraso.

En los supuestos previstos en los párrafos anteriores, no procederá la aplicación de penas convencionales por atraso.

Cualquier modificación al presente contrato deberá formalizarse por escrito, y deberá suscribirse por el servidor público de "El Instituto" que lo haya hecho, o quien lo sustituya o esté facultado para ello, para lo cual "El Proveedor" realizará el ajuste respectivo de la garantía de cumplimiento, en términos del artículo 91, último párrafo del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, salvo que por disposición legal se encuentre exceptuado de presentar garantía de cumplimiento.

"El Instituto" se abstendrá de hacer modificaciones que se refieran a precios, anticipos, pagos progresivos, especificaciones y, en general, cualquier cambio que implique otorgar condiciones más ventajosas a un proveedor comparadas con las establecidas originalmente.

#### OCTAVA. GARANTÍA DE LOS SERVICIOS.

Para la prestación de los servicios materia del presente contrato, no se requiere que "El Proveedor" presente una garantía por la calidad de los servicios contratados.

#### NOVENA. GARANTÍAS.

##### A. CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

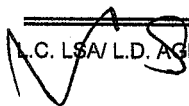
Conforme a los artículos 48, fracción II, 49, fracción I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 85, fracción III, 103 de su Reglamento, 166 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y en el numeral 5.5.5.1 de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del IMSS, "El Proveedor" se obliga a constituir, se obliga a constituir una garantía **divisible** y en este caso se hará efectiva en proporción al incumplimiento de la obligación principal, mediante fianza expedida por compañía afianzadora mexicana autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, a favor del "Instituto Mexicano del Seguro Social", por un importe equivalente al 10% (diez por ciento) del monto total del contrato, sin incluir el I.V.A.

Dicha fianza deberá ser entregada a "El Instituto", a más tardar dentro de los 10 días naturales posteriores a la firma del presente contrato.

En caso de que "El Proveedor" incumpla con la entrega de la garantía en el plazo establecido, "El Instituto" podrá rescindir el contrato y dará vista al Órgano Interno de Control para que proceda en el ámbito de sus facultades.

La garantía de cumplimiento no será considerada como una limitante de responsabilidad de "El Proveedor", derivada de sus obligaciones y garantías estipuladas en el presente instrumento jurídico, y no impedirá que "El Instituto" reclame la indemnización por cualquier incumplimiento que pueda exceder el valor de la garantía de cumplimiento.

En caso de incremento al monto del presente instrumento jurídico o modificación al plazo, "El Proveedor" se obliga a entregar a "El Instituto", dentro de los 10 (diez días) naturales siguientes a la formalización del mismo, de conformidad con el último párrafo del artículo 91, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y

  
 L.C. LSA/ L.D. AGL/ L.D. LFQB



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

Servicios del Sector Público, los documentos modificatorios o endosos correspondientes, debiendo contener en el documento la estipulación de que se otorga de manera conjunta, solidaria e inseparable de la garantía otorgada inicialmente.

De conformidad con el artículo 103 del reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, "El proveedor" podrá otorgar las garantías a que se refiere la Ley y su Reglamento, en alguna de las formas previstas en el artículo 48 de la Ley de Tesorería de La Federación en el caso de dependencias, o en las disposiciones aplicables tratándose de entidades.

Con fundamento en la fracción I del artículo 103 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, la póliza de la fianza deberá contener, como mínimo, las siguientes previsiones y elaborarse de acuerdo al formato establecido en el presente contrato, Anexo 3 (tres).

- a) que la fianza se otorga atendiendo a todas las estipulaciones contenidas en el contrato;
- b) que para cancelar la fianza, será requisito contar con la constancia de cumplimiento total de las obligaciones contractuales;
- c) que la fianza permanecerá vigente durante el cumplimiento de la obligación que garantice y continuará vigente en caso de que se otorgue prórroga al cumplimiento del contrato, así como durante la substanciación de todos los recursos legales o de los juicios que se interpongan y hasta que se dicte resolución definitiva que quede firme, y
- d) que la afianzadora acepta expresamente someterse a los procedimientos de ejecución previstos en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas para la efectividad de las fianzas, aún para el caso de que proceda el cobro de indemnización por mora, con motivo del pago extemporáneo del importe de la póliza de fianza requerida. Tratándose de dependencias, el procedimiento de ejecución será el previsto en el artículo 282 de la citada Ley, debiéndose atender para el cobro de indemnización por mora lo dispuesto en el artículo 283 de dicha Ley.

Conforme a lo estipulado en el numeral 5.5.5.5 de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de "El Instituto", la póliza de garantía de cumplimiento del contrato permanecerá en "El Instituto" hasta que proceda su liberación, o en su caso hacerla efectiva por incumplimiento en los servicios. Para tal efecto, "El Proveedor" deberá solicitar por escrito al área contratante su liberación.

El área contratante a su vez, solicitará mediante oficio dirigido al administrador del contrato, exprese en un término no mayor a treinta días naturales, si "El Proveedor" ha cumplido, en tiempo y forma a entera satisfacción de "El Instituto" con la totalidad de las obligaciones contraídas en el presente instrumento jurídico.

Previa confirmación del cumplimiento de la totalidad de las obligaciones contractuales pactadas, la póliza de garantía de cumplimiento del contrato será devuelta a "El Proveedor" mediante autorización por escrito, con el fin de que pueda tramitar ante la afianzadora correspondiente su cancelación.


De conformidad con el artículo 45 fracciones XI de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 81 fracción II de su Reglamento, la aplicación de la garantía de cumplimiento será por el monto proporcional de las obligaciones incumplidas, por lo que las obligaciones del presente contrato son divisibles.

"El Proveedor" queda obligado a entregar a "El Instituto" la póliza de garantía de cumplimiento, apegándose al formato agregado como Anexo 3 (tres), en la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, ubicada en Belisario Domínguez No. 15, Colonia Adalberto Tejeda, C.P. 91070, Xalapa, Veracruz.

**EJECUCIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO.-** "El Instituto" llevará a cabo la ejecución de la garantía de cumplimiento del presente contrato en los casos siguientes:

1. Se rescinda administrativamente el presente contrato.
2. Durante su vigencia se detecten deficiencias, fallas o calidad inferior del servicio prestado, en comparación con lo ofertado.
3. Cuando en el supuesto de que se realicen modificaciones al presente contrato, "El Proveedor" no entregue en el plazo pactado el endoso o la nueva garantía, que ampare el porcentaje establecido para garantizar el cumplimiento del presente instrumento, de conformidad con la presente Cláusula.



|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>         ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>         DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>         JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>         COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0007</b></p> | <p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL<br/>         BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS<br/>         ELECTRÓNICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>         HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> |
|---|---|--|

4. Por cualquier otro incumplimiento de las obligaciones contraídas en este contrato.

Dicha póliza de garantía de cumplimiento del contrato será devuelta al proveedor una vez que el Instituto le otorgue autorización por escrito, para que éste pueda solicitar a la afianzadora correspondiente la cancelación de la fianza, autorización que se entregará 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 la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, ubicada en Belisario Domínguez No. 15, Colonia Adalberto Tejeda, C.P. 91070, Xalapa, Veracruz, la cual llevará a cabo el procedimiento para la liberación y entrega de fianza.

Cuando la prestación de los servicios, se realice en un plazo menor a diez días naturales, "El Proveedor" quedará exceptuado de la presentación de la garantía de cumplimiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 48 último párrafo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

**B) GARANTÍA PARA RESPONDER POR VICIOS OCULTOS.**

La devolución y reposición de Bienes de Consumo será por cuenta y a cargo del proveedor, de acuerdo a lo establecido en el ANEXO TÉCNICO.

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

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

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

El 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 a terceros, con motivo de las obligaciones pactadas en este instrumento jurídico, o bien, por los defectos o vicios ocultos en los bienes entregados, de conformidad con lo establecido en el artículo 53 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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

"El Proveedor" deberá responder por los defectos, vicios ocultos y por la calidad de los servicios prestados, así como de cualquier otra responsabilidad en que hubiere incurrido, en los términos señalados en este Contrato, convenios modificatorios respectivos y en la legislación aplicable, de conformidad con los artículos 53, párrafo segundo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 96, párrafo segundo de su Reglamento.

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

"El Proveedor", se obliga a:

- a) Prestar los servicios en las fechas o plazos y lugares establecidos conforme a lo pactado en el presente contrato y anexos respectivos.
- b) Cumplir con las especificaciones técnicas y de calidad y demás condiciones establecidas en el presente contrato y sus respectivos anexos.
- c) Asumir la responsabilidad de cualquier daño que llegue a ocasionar a "El Instituto" o a terceros con motivo de la ejecución y cumplimiento del presente contrato.
- d) Entregar bimestralmente, las constancias de cumplimiento de la inscripción y pago de cuotas al Instituto Mexicano del Seguro Social del personal que utilice para la prestación de los servicios

L.C. LSA/L.D. AGL/L.D. LFQB



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

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

"El Instituto", se obliga a:

- Otorgar todas las facilidades necesarias, a efecto de que "El Proveedor" lleve a cabo el objeto del presente contrato en los términos convenidos.
- Sufragar el pago correspondiente en tiempo y forma, por la prestación del servicio.
- Extender a "El Proveedor", en caso de que lo requiera, por conducto del administrador del presente contrato, la constancia de cumplimiento de obligaciones contractuales inmediatamente que se cumplan éstas a satisfacción expresa de dicho servidor público para que se dé trámite a la cancelación de la garantía de cumplimiento del presente contrato.

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

"El Instituto" designa como Administrador del presente contrato al **Dr. José Guadalupe Gutiérrez Márquez**, Titular de la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud, quien dará seguimiento y verificará el cumplimiento de los derechos y obligaciones establecidos en este instrumento, por lo que indicará a "El Proveedor" las observaciones que se estimen pertinentes, quedando éste obligado a corregir las anomalías que le sean indicadas, así como deficiencias en la prestación del servicio, de conformidad con lo establecido en el documento de designación de administrador del presente contrato que se agrega al presente y el artículo 84 penúltimo párrafo del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

En el caso de que se lleve a cabo un relevo institucional temporal o permanente con dicho servidor público de "El Instituto" tendrá carácter de ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO la persona que sustituya al servidor público en el cargo, conforme a la designación correspondiente.

Asimismo, "El Instituto" sólo aceptará el servicio materia del presente contrato y autorizará el pago del mismo previa verificación de las especificaciones requeridas, de conformidad con lo especificado en el presente contrato y sus correspondientes anexos, así como la cotización y el requerimiento asociado a ésta.

Los servicios se tendrán por recibidos previa revisión del administrador del presente contrato, la cual consistirá en la verificación del cumplimiento de las especificaciones establecidas y en su caso en los anexos respectivos, así como las contenidas en la propuesta técnica.


En tal virtud, "El Proveedor" manifiesta expresamente su conformidad de que hasta en tanto no se cumpla de conformidad con lo establecido en el párrafo anterior, el servicio no se tendrá por aceptado por parte de "El Instituto".

"El Instituto", a través administrador del contrato o a través del personal que para tal efecto designe, rechazará los servicios, que no cumplan las especificaciones establecidas en este contrato y en sus Anexos, obligándose "El Proveedor" en este supuesto a realizarlos nuevamente bajo su responsabilidad y sin costo adicional para "El Instituto", sin perjuicio de la aplicación de las penas convencionales o deducciones al cobro correspondientes.

"El Instituto" a través del administrador del contrato, podrá aceptar los servicios que incumplan de manera parcial o deficiente las especificaciones establecidas en este contrato y en los anexos respectivos, sin perjuicio de la aplicación de las deducciones al pago que procedan, y reposición del servicio, cuando la naturaleza propia de éstos lo permita.

#### DÉCIMA TERCERA. DEDUCCIONES

De conformidad con el artículo 53 Bis de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, el Instituto podrá aplicar deducciones al pago de los servicios con motivo del incumplimiento total parcial o deficiente en que pudiera incurrir el participante adjudicado respecto de las partidas o conceptos que integran el presente contrato, las cuales no excederán del monto de la garantía de cumplimiento establecida en el mismo.

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO | ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL<br>BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS<br>ELECTRÓNICA<br>AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024 |
|   | <b>CONTRATO No. SEIA24311604-0007</b>   |   |

Dichas deductivas serán determinadas en función de los servicios que hayan sido prestados deficientemente y deberán ser calculadas de acuerdo a lo establecido en los artículos 53 Bis de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 97 de su Reglamento y 4.3.3 del Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

En ningún caso las deducciones podrán negociarse en especie.

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

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

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

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

| Concepto  | Niveles de servicio   | Unidad de medida para la deducción   | Deducción   | Límite de incumplimiento motivo de rescisión del contrato                    | Responsable de reportar el incumplimiento  | Administrador del contrato será Responsable del cálculo, notificación de la deducción |
|---|---|--|---|--|--|---|
| La transición del acceso vascular temporal por un acceso vascular definitivo para los pacientes con permanencia en el programa, no deberá ser por un tiempo mayor de:   | 3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada.                            | Falta en el cambio, a algún paciente(s) del acceso vascular temporal por el definitivo en el plazo establecido | El 5% sobre el valor total de la factura mensual más el IVA, cuando ocurra que a algún paciente(s) no se le haya realizado el cambio. | El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato | Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en OOAD o Jefe de Servicio o Director Médico en UMAE | Coordinador de Prevención y atención a la salud.                                      |
| Reporte de laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010<br><br>La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico. | Resultados de análisis bacteriológico dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010 | Cumplir con las especificaciones de la calidad del agua de acuerdo con la NOM-003-SSA3-2010                    | 5% sobre el valor total de la factura mensual más IVA.  | El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato | Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en OOAD o Jefe de Servicio o Director Médico en UMAE | Coordinador de Prevención y atención a la salud.                                      |
| Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las   | Resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010       | Cumplir con las especificaciones de la calidad del agua de acuerdo con la NOM 003-SSA3-2010 y las recomendacio | 5% sobre el valor total de la factura mensual más IVA   | El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato | Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en OOAD o Jefe de Servicio o Director Médico en UMAE | Coordinador de Prevención y atención a la salud.                                      |

L.C. LSA/L.D. AG/L.D. LFQB



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

| Concepto  | Niveles de servicio   | Unidad de medida para la deducción  | Deducción   | Limite de incumplimiento motivo de rescisión del contrato                           | Responsable de reportar el incumplimiento  | Administrador del contrato será Responsable del cálculo, notificación de la deducción |
|---|---|---|---|---|--|---|
| recomendaciones de la AAMI.<br>La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico.  |   | nes de la AAMI.   |   |   |  |   |
| Dotación del mismo número de catéteres temporales o permanentes que fueron colocados a pacientes referidos a subrogación el mes inmediato anterior más 2(dos) catéteres temporales o permanentes como lo solicite el jefe de servicio | Dotación del mismo número de catéteres temporales o permanentes que fueron colocados a pacientes referidos a subrogación el mes inmediato anterior más 2(dos) catéteres temporales o permanentes como lo solicite el jefe de servicio | Por cada día natural a partir de la fecha en que debió ser entregada la totalidad de dotación de catéteres. | 2.5% diario, sobre el valor total de la factura mensual sin incluir IVA | El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato Médico | Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en OOAD o Jefe de Servicio o Director Médico en UMAE | Coordinador de Prevención y atención a la salud.                                      |

#### DÉCIMA CUARTA. PENAS CONVENCIONALES.

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

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

Conforme a lo previsto en el último párrafo del artículo 96, del Reglamento la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, no se aceptará la estipulación de penas convencionales, ni intereses moratorios a cargo del Instituto.

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

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

$$Pca = \%d \times nda \times vspa.$$

Dónde:

**Pca** = pena convencional aplicable

**%d**=porcentaje determinado en la convocatoria, invitación, cotización, contrato o pedido por cada día de atraso en el inicio de la prestación del servicio.

**nda** = número de días de atraso.

**vsps** = valor de los servicios prestados con atraso, sin IVA.

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

| Concepto   | Unidad de medida   | Penalización  | Responsable de reportar el incumplimiento   | Administrador del contrato será el Responsable del cálculo, notificación de la pena |
|--|--|---|---|---|
| Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010<br><br>La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.   | Por cada día natural de atraso en la entrega del reporte resultados de acuerdo con las especificaciones de la NOM 003-SSA3-2010                      | 2.5% diario sobre el valor total de la factura mensual sin incluir el IVA   | Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en OOAD o Jefe de Servicio o Director Médico en UMAE  | Coordinador de Prevención y atención a la salud.                                    |
| Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI.<br>La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico.   | Por cada día natural de atraso en la entrega del reporte resultados químicos, de acuerdo con las especificaciones de la NOM 003-SSA3-2010            | 2.5% diario sobre el valor total de la factura mensual sin incluir el IVA   | Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en OOAD o Jefe de Servicio o Director Médico en UMAE  | Coordinador de Prevención y atención a la salud.                                    |
| El participante adjudicado establecerá contacto con la División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud (DSDICDS), dependiente de la CSDISA, a efecto de establecer la estrategia de cumplimiento de los siguientes puntos:<br>Firma del Acuerdo de Confidencialidad<br>Designación de contacto responsable con sus datos<br>a) Designación de sistema y empresa soporte<br>b) Solicitud de Pruebas de funcionalidad | Por cada día natural de atraso a partir de que se exceda el plazo establecido de los diez días naturales siguientes a la fecha de emisión del fallo. | 1%, sobre el valor que representa el costo de las sesiones realizadas en mes de incidencia, sin incluir el IVA.             | División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud (DSDICDS)  | Coordinador de Prevención y atención a la salud.                                    |
| Instalación y puesta en operación, del Sistema de Información e instrumentos necesarios para el otorgamiento de del servicio   | Por cada día natural de atraso a partir de que se exceda el plazo de los 45 (cuarenta y cinco) días contados a partir de la emisión del fallo        | 2.5% diario sobre el valor que representa el costo de las sesiones solicitadas en el mes de incidencia, sin incluir el IVA. | División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud (DSDICDS),<br>Coordinador Delegacional de Informática o Jefe de División de Ingeniería Biomédica | Coordinador de Prevención y atención a la salud.                                    |
| El participante proporcionará un Calendario de Despliegue del Sistema Evaluado considerando todas las Unidades de Hemodiálisis incluidas en el contrato.   | Por cada día natural de atraso a partir de que se exceda el plazo de 5 (cinco) días naturales posteriores a la fecha de aprobación del sistema de    | 1.5%, sobre el valor que representa el costo de las sesiones realizadas en mes de incidencia, sin incluir el IVA.           | División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud (DSDICDS)  | Coordinador de Prevención y atención a la salud.                                    |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA**

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

| Concepto  | Unidad de medida   | Penalización   | Responsable de reportar el incumplimiento  | Administrador del contrato será el Responsable del cálculo y notificación de la pena |
|---|--|--|--|--|
| Registro de la información de la sesión realizada, en la base de datos central del Instituto, conforme a la (ETIMSS), 5640-023-004 Especificación Técnica del Sistema de Información de Hemodiálisis Extramuros, necesario para la transmisión de datos a la base de datos central del Instituto. | Por cada día natural de atraso a partir de que se exceda el plazo establecido de las 24 horas posteriores al otorgamiento de la sesión | 2.5% diario sobre el valor total de los sesiones otorgadas, no registradas y no transmitidas en el lapso establecido a la base de datos central del Instituto, sin incluir el IVA. | Coordinador Delegacional de Informática (CDI) o Jefe de División de Ingeniería Biomédica | Coordinador de Prevención y atención a la salud.                                     |

El proveedor autoriza al Instituto a descontar las cantidades que resulten de aplicar la pena convencional, sobre los pagos que deba cubrir al propio proveedor.

Conforme a lo previsto en el último párrafo del artículo 96, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, no se aceptará la estipulación de penas convencionales, ni intereses moratorios a cargo del Instituto.

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

“El Proveedor” se obliga a observar y mantener vigentes las licencias, autorizaciones, permisos o registros requeridos para el cumplimiento de sus obligaciones.

#### **DÉCIMA SEXTA.- PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

Para la prestación de los servicios materia del presente contrato, no se requiere que “El Proveedor” contrate una póliza de seguro por responsabilidad civil.

#### **DÉCIMA SÉPTIMA. TRANSPORTE.**

“El Proveedor” se obliga bajo su costa y riesgo, a transportar los bienes e insumos necesarios para la prestación del servicio, desde su lugar de origen, hasta las instalaciones señaladas en este instrumento o en sus Anexos.

#### **DÉCIMA OCTAVA. IMPUESTOS Y DERECHOS.**

Los impuestos, derechos y gastos que procedan con motivo de la prestación de los servicios, objeto del presente contrato, serán pagados por “El Proveedor” conforme a la legislación aplicable en la materia, mismos que no serán repercutidos a “El Instituto”.

“El Instituto” sólo cubrirá el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.), de acuerdo con lo establecido en las disposiciones fiscales vigentes en la materia, en caso de aplicar.

“El Proveedor”, en su caso, cumplirá con la inscripción de sus trabajadores en el régimen obligatorio del Seguro Social, así como con el pago de las cuotas obrero-patronales a que haya lugar, conforme a lo dispuesto en la Ley del Seguro Social. “El Instituto”, a través del Área fiscalizadora competente, podrá verificar en cualquier momento el cumplimiento de dicha obligación.

“El Proveedor” que tenga cuentas líquidas y exigibles a su cargo por concepto de cuotas obrero patronales, conforme a lo previsto en el artículo 40 B de la Ley del Seguro Social, acepta que “El Instituto” las compense con el



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

o los pagos que tenga que hacerle por concepto de contraprestación por la prestación del servicio objeto de este contrato.

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

“El Proveedor” no podrá ceder total o parcialmente los derechos y obligaciones derivados del presente contrato, a favor de cualquier otra persona física o moral, con excepción de los derechos de cobro, en cuyo caso se deberá contar con la conformidad previa y por escrito de “El Instituto” deslindando a ésta de toda responsabilidad.

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

“El Proveedor” será responsable en caso de infringir patentes, marcas o viole otros registros de derechos de propiedad industrial a nivel nacional e internacional, con motivo del cumplimiento de las obligaciones del presente contrato, por lo que se obliga a responder personal e ilimitadamente de los daños y perjuicios que pudiera causar a “El Instituto” o a terceros.

Por lo anterior, “El Proveedor” manifiesta en este acto bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en ninguno de los supuestos de infracción a la Ley Federal del Derecho de Autor, ni a la Ley Federal de Protección a la Propiedad Industrial.

De presentarse alguna reclamación en contra de “El Instituto” por cualquiera de las causas antes mencionadas, la única obligación de éste será la de dar aviso en el domicilio previsto en este instrumento jurídico a “El Proveedor”, para que éste lleve a cabo las acciones necesarias que garanticen la liberación de “El Instituto” de cualquier controversia o responsabilidad, liberándolo de toda responsabilidad de carácter civil, mercantil, penal, fiscal o administrativa que, en su caso, se ocasione.

En caso de que “El Instituto” tuviese que erogar recursos por cualquiera de estos conceptos, “El Proveedor” se obliga a reembolsar de manera inmediata los recursos erogados por aquella.

Lo anterior de conformidad a lo establecido en el artículo 45, fracción XX de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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

“Las Partes” acuerdan que la información que se intercambie del conformidad con las disposiciones del presente instrumento y las que derive del mismo, así como toda aquella información que “El Instituto” entregue a “El Proveedor” se tratarán de manera 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 de este contrato, siendo de uso exclusivo para la consecución del objeto del presente contrato y no podrá difundirse a terceros de conformidad con lo establecido en las Leyes General y Federal, respectivamente, de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados, y demás legislación aplicable.

La información contenida en el presente contrato es pública, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 70 fracción XXVIII de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 68 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; sin embargo, la información que proporcione “El Instituto” a “El Proveedor” para el cumplimiento del objeto materia del mismo, será considerada como confidencial en términos de los artículos 116 y 113, respectivamente, de los citados ordenamientos jurídicos, por lo que “El Proveedor” se compromete a recibir, proteger y guardar la información confidencial proporcionada por “El Instituto” con el mismo empeño y cuidado que tiene respecto de su propia información confidencial, así como hacer cumplir a todos y cada uno de los usuarios autorizados a los que les entregue o permita acceso a la información confidencial, en los términos de este instrumento.

“El Proveedor” se compromete a que la información considerada como confidencial no será utilizada para fines diversos a los autorizados con el presente contrato; asimismo, dicha información no podrá ser copiada o duplicada



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA**

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

total o parcialmente en ninguna forma o por ningún medio, ni podrá ser divulgada a terceros que no sean usuarios autorizados. De esta forma, **"El Proveedor"** se obliga a no divulgar o publicar informes, datos y resultados obtenidos objeto del presente instrumento, toda vez que son propiedad de **"El Instituto"**.

Cuando de las causas descritas en las cláusulas de CAUSALES DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO Y PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN y TERMINACIÓN ANTICIPADA, del presente contrato, concluya la vigencia del mismo, subsistirá la obligación de confidencialidad sobre el servicio establecido en este instrumento legal.

En caso de incumplimiento a lo establecido en esta cláusula, **"El Proveedor"** tiene conocimiento en que **"El Instituto"** podrá ejecutar o tramitar las sanciones establecidas en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento, así como presentar las denuncias correspondientes de conformidad con lo dispuesto por el Libro Segundo, Título Noveno, Capítulos I y II del Código Penal Federal y demás normatividad aplicable.

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 prestado 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.

Para el tratamiento de los datos personales que **"Las Partes"** recaben con motivo de la celebración del presente contrato, deberá de realizarse con base en lo previsto en los Avisos de Privacidad respectivos.

Por tal motivo, **"El Proveedor"** asume cualquier responsabilidad que se derive del incumplimiento de su parte, o de sus empleados, a las obligaciones de confidencialidad descritas en el presente contrato.

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

Con fundamento en el artículo 55 Bis de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 102, fracción II, de su Reglamento, **"El Instituto"** en el supuesto de caso fortuito o de fuerza mayor o por causas que le resulten imputables, podrá suspender la prestación de los servicios, de manera temporal, quedando obligado a pagar a **"El Proveedor"**, aquellos servicios que hubiesen sido efectivamente prestados, así como, al pago del os gastos no recuperables previa solicitud y acreditamento, para lo cual **"El Proveedor"** deberá presentar dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de la notificación del término de la suspensión, el CFDI y documentación de los gastos no recuperables en que haya incurrido, siempre que estos sean razonables, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el presente contrato.

**"El Instituto"** pagará los gastos no recuperables, en moneda nacional (pesos mexicanos), dentro de los 45 (cuarenta y cinco) días naturales posteriores a la presentación de la solicitud debidamente fundada y documentada de **"El Instituto"** así como del CFDI o factura electrónica respectiva y documentación soporte.

En caso de que **"El Proveedor"** no presente en tiempo y forma la documentación requerida para el trámite de pago, la fecha de pago se recorrerá el mismo número de días que dure el retraso.

El plazo de suspensión será fijado por **"El Instituto"**, a cuyo término en su caso, podrá iniciarse la terminación anticipada del presente contrato, o bien, podrá continuar produciendo todos los efectos legales, una vez que hayan desaparecido las causas que motivaron dicha suspensión.





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

Una vez que hayan desaparecido las causas que motivaron la suspensión, el contrato podrá continuar produciendo todos sus efectos legales, si "El Instituto" así lo determina; y en caso que subsistan los supuestos que dieron origen a la suspensión, se podrá iniciar la terminación anticipada del contrato, conforme lo dispuesto en la cláusula siguiente.

#### VIGÉSIMA TERCERA. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.

De conformidad con lo establecido en el artículo 54 Bis de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 102 de su Reglamento, cuando concurren razones de interés general, o bien, cuando por causas justificadas se extinga la necesidad de requerir los servicios originalmente contratados y se demuestre que de continuar con el cumplimiento de las obligaciones pactadas, se ocasionaría algún daño o perjuicio a "El Instituto", o se determine la nulidad total o parcial de los actos que dieron origen al presente contrato, con motivo de la resolución de una inconformidad o intervención de oficio, emitida por la Secretaría de la Función Pública, podrá dar por terminado anticipadamente el presente contrato sin responsabilidad alguna para éste y sin necesidad de que medie resolución judicial alguna, ello con independencia de lo establecido en la cláusula que antecede.

Cuando "El Instituto" determine dar por terminado anticipadamente el contrato, lo notificará a "El Proveedor" hasta con 30 (treinta) días naturales anteriores al hecho, debiendo sustentarlo en un dictamen fundado y motivado, en el que, se precisarán las razones o causas que dieron origen a la misma y pagará a "El Proveedor" la parte proporcional de los servicios prestados, así como los gastos no recuperables en que haya incurrido, previa solicitud por escrito, siempre que éstos sean razonables, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el presente contrato, limitándose según corresponda a los conceptos establecidos en la fracción I, del artículo 102 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

#### VIGÉSIMA CUARTA. RESCISIÓN.

"El Instituto" podrá en cualquier momento rescindir administrativamente este contrato y hacer efectiva la fianza de cumplimiento sin más responsabilidad para el mismo y sin necesidad de resolución judicial, cuando "El Proveedor" incurra en incumplimiento de sus obligaciones contractuales, por lo que de manera enunciativa, más no limitativa, se entenderá por incumplimiento:

1. Cuando no entregue la garantía de cumplimiento del presente contrato, a más tardar dentro de los 10 (diez) días naturales posteriores a la firma del mismo.
2. Cuando incurra en falta de veracidad total o parcial respecto a la información proporcionada para la celebración del presente contrato.
3. Cuando se compruebe que "El Proveedor" haya prestado el servicio con descripciones y características distintas a las pactadas en este contrato o cuando no los entregue conforme a las normas y/o calidad solicitadas por "El Instituto".
4. Cuando se transmitan total o parcialmente, bajo cualquier título y a favor de otra persona física o moral, los derechos y obligaciones a que se refiere el presente documento, con excepción de los derechos de cobro, previa autorización de "El Instituto".
5. Si la autoridad competente declara el concurso mercantil o cualquier situación análoga o equivalente que afecte el patrimonio de "El Proveedor".
6. Cuando de manera reiterativa y constante, "El Proveedor" sea sancionado por parte de "El Instituto" con penalizaciones y/o deducciones sobre el mismo concepto del servicio proporcionado, o por ubicarse en los límites de incumplimientos previstos en la cláusula de penas convencionales y/o deducciones del presente instrumento.
7. Cuando se incumplan o contravengan las disposiciones de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su reglamento y los demás lineamientos que rigen en la materia.
8. Si "El Proveedor" no permite a "El Instituto" la administración y verificación a que se refiere la cláusula correspondiente señalada en el presente contrato.
9. Cuando incumpla, total o parcialmente, con cualesquiera de las obligaciones establecidas en el presente contrato y sus anexos.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

10. En el supuesto de que la Comisión Federal de Competencia Económica, de acuerdo con sus facultades, notifique a "El Instituto" la sanción impuesta a "El Proveedor" con motivo de la colusión de precios en que hubiese incurrido durante el procedimiento de contratación, en contravención a lo dispuesto en la Ley Federal de Competencia Económica y artículo 34 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, en caso de aplicar.

"El Instituto", en términos de lo dispuesto en el artículo 54 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, podrá rescindir administrativamente el presente contrato en cualquier momento, cuando "El Proveedor" incurra en incumplimiento de cualquiera de las obligaciones a su cargo, de conformidad con el procedimiento siguiente:

- a) Par el caso de optar por la rescisión del contrato, "El Instituto" comunicará por escrito a "El Proveedor" el incumplimiento en que haya incurrido, para que en un término de 5 (cinco) días hábiles, contados a partir del día siguiente de la notificación, exponga lo que a su derecho convenga y aporte en su caso las pruebas que estime pertinentes.
- b) Transcurrido dicho término "El Instituto" en un plazo de 15 (quince) días hábiles siguientes, tomando en consideración los argumentos y pruebas que hubiere hecho valer "El Proveedor", determinará de manera fundada y motivada dar o no por rescindido el contrato, y comunicará a "El Proveedor" dicha determinación dentro del citado plazo.

En el supuesto de que se rescinda este contrato, "El Instituto" no aplicarán las penas convencionales, ni su contabilización para hacer efectiva la garantía de cumplimiento de este instrumento jurídico.

Cuando se rescinda el contrato, se formulará el finiquito correspondiente, a efecto de hacer constar los pagos que deba efectuar "El Instituto" por concepto del contrato hasta el momento de rescisión, o los que resulten a cargo de "El Proveedor".

Iniciado un procedimiento de conciliación "El Instituto", bajo su responsabilidad, podrá suspender el trámite del procedimiento de rescisión.

Si previamente a la determinación de dar por rescindido este contrato, "El Proveedor" proporciona el servicio, el procedimiento iniciado quedará sin efectos, previa aceptación y verificación de "El Instituto" por escrito, de que continúa vigente la necesidad de contar con el servicio y aplicando, en su caso, las penas convencionales correspondientes.

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

De no rescindirse el contrato, "El Instituto" establecerá, con "El Proveedor", otro plazo, que le permita subsanar el incumplimiento que hubiere motivado el inicio del procedimiento, aplicando las sanciones correspondientes. Lo anterior se llevará a cabo a través de un convenio modificatorio en el que se atenderá a las condiciones previstas en los dos últimos párrafos del artículo 52 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

No obstante, de que se hubiere firmado el convenio modificatorio a que se refiere el párrafo anterior, si se presenta de nueva cuenta el incumplimiento "El Instituto" quedará expresamente facultado para optar por exigir el cumplimiento del contrato, o rescindirlo, aplicando las sanciones que procedan.

Si se llevara a cabo la rescisión del contrato, y en el caso de que a "El Proveedor" se le hubieran entregado pagos progresivos, éste deberá de reintegrarlos más los intereses correspondientes, conforme a lo indicado en el artículo 51, párrafo cuarto, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

Los intereses se calcularán sobre el monto de los pagos progresivos efectuados y se computarán por días naturales desde la fecha de su entrega hasta la fecha en que se pongan efectivamente las cantidades a disposición de "El Instituto".

#### VIGÉSIMA QUINTA. RELACIÓN Y EXCLUSIÓN LABORAL.

"El Proveedor" reconoce y acepta ser el único patrón de todos y cada uno de los trabajadores que intervienen en la prestación del servicio, deslindando de toda responsabilidad a "El Instituto" respecto de cualquier reclamo que en su caso puedan efectuar sus trabajadores, sea de índole laboral, fiscal o de seguridad social y en ningún caso se le podrá considerar patrón sustituto, patrón solidario, beneficiario o intermediario.

"El Proveedor" asume en forma total y exclusiva las obligaciones propias de patrón respecto de cualquier relación laboral, que el mismo contraiga con el personal que labore bajo sus órdenes o intervenga o contrate para la atención de los asuntos encomendados por "El Instituto", así como en la ejecución de los servicios.

Para cualquier caso no previsto, "El Proveedor" exime expresamente a "El Instituto" de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal o de cualquier otra especie que en su caso pudiera llegar a generarse, relacionado con el presente contrato.

Para el caso que, con posterioridad a la conclusión del presente contrato, "El Instituto" reciba una demanda laboral por parte de trabajadores de "El Proveedor", en la que se demande la solidaridad y/o sustitución patronal a "El Instituto", "El Proveedor" queda obligado a dar cumplimiento a lo establecido en la presente cláusula.

#### VIGÉSIMA SEXTA. DISCREPANCIAS.

"Las Partes" convienen que, en caso de discrepancia entre la invitación, y el presente contrato, prevalecerá lo establecido en la invitación, junta de aclaraciones respectiva, en caso de aplicar, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 81 fracción IV, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

#### VIGÉSIMA SÉPTIMA. CONCILIACIÓN.

"Las Partes" acuerdan que para el caso de que se presenten desavenencias derivadas de la ejecución y cumplimiento del presente contrato se someterán al procedimiento de conciliación establecido en los artículos 77, 78, 79 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 126 al 136 de su Reglamento y al Decreto por el que se establecen las acciones administrativas que deberá implementar la Administración Pública Federal para llevar a cabo la conciliación o la celebración de convenios o acuerdos previstos en las leyes respectivas como medios alternativos de solución de controversias, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de abril de 2016.

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

#### VIGÉSIMA OCTAVA. 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.

#### VIGÉSIMA NOVENA. SANCIONES ADMINISTRATIVAS.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

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 presente 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.

### TRIGÉSIMA. SANCIONES APLICABLES Y TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL

"El Instituto", de conformidad con lo establecido en los artículos 53, 53 Bis, 54 y 54 Bis de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 86 segundo párrafo, 95 al 100 y 102 de su Reglamento, aplicará sanciones, o en su caso, llevará a cabo la cancelación de partidas total o parcialmente o la rescisión administrativa del presente contrato.

### TRIGÉSIMA PRIMERA. DOMICILIOS.

"Las Partes" señalan como sus domicilios legales para todos los efectos a que haya lugar y que se relacionan en el presente contrato, los que se indican en el apartado de Declaraciones, por lo que cualquier notificación judicial o extrajudicial, emplazamiento, requerimiento o diligencia que en dichos domicilios se practique, será enteramente válida, al tenor de lo dispuesto en el Título Tercero del Código Civil Federal y sus correlativos en los Estados de la República Mexicana.

### TRIGÉSIMA SEGUNDA. LEGISLACIÓN APLICABLE.

"Las Partes" se obligan a sujetarse estrictamente para la prestación del servicio objeto del presente contrato a todas y cada una de las cláusulas que lo integran, sus anexos que forman parte integral del mismo, a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento; al Código Civil Federal; la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; al Código Federal de Procedimientos Civiles; a la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento, el Acuerdo por el que se expide el protocolo de actuación en materia de contrataciones públicas, otorgamiento y prórroga de licencias, permisos, autorizaciones y concesiones y a las demás disposiciones jurídicas aplicables.

### TRIGÉSIMA TERCERA. JURISDICCIÓN.

"Las Partes" convienen que, para la interpretación y cumplimiento de este contrato, así como para lo no previsto en el mismo, se someterán a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Federales competentes ubicados en Xalapa, Veracruz, renunciando expresamente al fuero que pudiera corresponderles en razón de su domicilio actual o futuro.

### FIRMANTES O SUSCRIPCIÓN.

Previa lectura y debidamente enteradas "Las Partes" del contenido, alcance y fuerza legal del presente contrato, en virtud de que se ajusta a la expresión de su libre voluntad y que su consentimiento no se encuentra afectado por dolo, error, mala fe, ni otros vicios de la voluntad, lo firman y ratifican en todas sus partes, por septuplicado, en Xalapa, Veracruz, el 29 de diciembre de 2023, quedando un ejemplar en poder de "El Proveedor" y los restantes en poder de "El Instituto".

POR "EL INSTITUTO"  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR. JORGE MARTINEZ TORRES

Titular del Órgano de Operación Administrativa  
Desconcentrada Regional Veracruz Norte  
R.F.C. [REDACTED]



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

"EL PROVEEDOR"  
 OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA  
 LUCIA, S.A. DE C.V.  
 RFC: OSS-080431-528

C. VICTOR ALARCON PELAEZ  
 Representante Legal

POR "EL INSTITUTO"  
 ÁREA CONTRATANTE

LIC. ANA LAURA PUIG LAGUNES  
 Titular de la Coordinación de Abastecimiento y  
 Equipamiento  
 R.F.C. [REDACTED]

ÁREA REQUIRIENTE

DRA. INGRID ZARAGOZA RUIZ  
 Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones  
 Médicas  
 R.F.C. [REDACTED]

ADMINISTRADOR

DR. JOSÉ GUADALUPE GUTIÉRREZ MÁRQUEZ  
 Coordinador de Prevención y Atención a la Salud  
 R.F.C. [REDACTED]

ELIMINADO: R.F.C.  
 FUNDAMENTO LEGAL: ARTS. 113-F-I, 108 Y 118 DE LA LGTAIP  
 MOTIVACION: SE CONSIDERA INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICADA O IDENTIFICABLE; CUYA DIFUSION PUEDE AFECTAR LA ESFERA JURIDICA DE LA MISMA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

**ANEXO 1**  
**"CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO, ANEXO TÉCNICO Y TÉRMINOS Y CONDICIONES"**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO  
 CON VALIDACIÓN PRESUPUESTAL EN EL MÓDULO DE CONTROL DE COMPROMISOS

SOLICITUD: 0606922364 - 2024

Dependencia Solicitante: D0031 Delegación Veracruz Norte  
 SE1 Servicios Integrales  
 31020020 N.º DE NAS. ADMINISTRATIVAS

Dependencia:

Servicio: Hemodialis Extrínsecas

Fecha Impresión: 26/11/2023 Fecha Validación: 26/11/2023

Total Comprometido (en pesos): \$ 67,052,722.00  
 Cuenta: 42961634 Partida presupuestaria: 33301 Subcontratación de servicios con terceros

| ENE  | FEB  | MAR  | ABR  | MAY  | JUN  | JUL  | AGO  | SEP  | OCT  | NOV  | DIC  |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |

Este documento de respaldo presupuestario se emite con base en la revisión efectuada en el Módulo de Control de Compromisos del Sistema Financiero PREI-Alfiteum, por lo que el monto señalado se encuentra comprometido para dar inicio a las gestiones de adquisición de bienes y servicios previo cumplimiento del marco normativo vigente, siendo responsabilidad del área solicitante el destino y aplicación de los recursos, lo anterior con fundamento en los artículos 35 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, 25 y 45 fracción III de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 24 y 46 fracción III de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, 61, 144 y 148 del Reglamento Interior del IMSS y el numeral 7.2.19 de la Norma Presupuestaria del IMSS.

**CERTIFICADO PREVIO**

CONTRATO PREI \_\_\_\_\_  
 CONTRATO IMSS \_\_\_\_\_

IMPORTE: \$ 67,052,722.00  
 SESENTA Y SEITE MILLONES CINCUENTA Y DOS MIL SETECIENTOS VEINTIDOS PESOS 00/100 MN

LIC. JOSE BARRERA REGULAR  
 TITULAR DEL DEPTO DE ADQUISICIONES Y CONTRATACION DE SERVS

L.C. LSA/L.D. ASL/L.D. LFQB



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

## Servicio Médico Integral de Hemodiálisis Subrogada Anexo Técnico

### Glosario de Términos

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

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

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

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

**Área Requiriente:** OOAD y/o UMAE, mismas que remiten sus requerimientos, por conducto de la Coordinación de Planeación de Servicios Médicos de Apoyo al área contratante.

**Área Técnica:** Para la evaluación técnico médica será el personal operativo designado en cada OOAD (OOAD y UMAE); Para la evaluación de los aspectos técnico informáticos, serán los Coordinadores Delegacionales de Informática en los OOAD e Ing. Biomédico en las UMAE, la evaluación de los aspectos de Protección Civil se realizará por el personal del Departamento de Conservación y Servicios Generales de OOAD o de UMAE.

**AST:** Aspartato aminotransferasa.

**CBI:** Cuadro Básico Institucional.

**CDI:** Coordinador Delegacional de Informática.

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

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

**CompraNet:** El Sistema Electrónico de información pública gubernamental sobre adquisiciones, arrendamientos, servicios, con dirección electrónica en Internet: <https://upcp-compranet.hacienda.gob.mx/> desarrollado por la SFP que permite a los proveedores, así como, al área contratante, enviar y recibir información por medios remotos de comunicación electrónica, así como generar para cada procedimiento un mecanismo de seguridad que garantice la confidencialidad de las propuestas que se reciban por esa vía; y que constituye el único instrumento con el cual podrán abrirse los sobres que contengan las proposiciones en la fecha y hora establecidas en el presente documento para el inicio de los actos de presentación y apertura.

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

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

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

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

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

**CUCOP:** Clasificador Único de Contrataciones Públicas

**DIDT:** Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.

**DOF:** Diario Oficial de la Federación.

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

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

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

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

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

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA**

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**SSA:** Secretaría de Salud.

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

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

**Testigo Social:** Persona física o moral que participa en el presente procedimiento de contratación con derecho a voz, con objeto de que, al término de la licitación, emita testimonio público sobre el desarrollo del mismo, con base en el artículo 60 del reglamento de la LAASSP.

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

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

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

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

**Clave del Catálogo CPIM del Servicio de hemodiálisis Subrogada: 30.02.001**

**Hemodiálisis Sesiones Externas**

**Clave CUCop: El Servicio de Hemodiálisis Subrogada, no cuenta con clave CUCop**





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA**

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

De manera genérica se encuentra la siguiente: Clave: 33900010 Partida 33901 Servicio médico Clave CuCOP+ 33903-0012 Servicios integrales

Los elementos del Servicio de Hemodiálisis que tienen clave CUCop son los siguientes:

Clave:

25400163 Partida 25401 Descripción: Dializador para hemodiálisis (desechable)  
53100357 Partida 53101 Descripción: Equipo para hemodiálisis

El Instituto a fin de atender las necesidades de sus derechohabientes con insuficiencia renal crónica, requiere de la prestación del servicio de hemodiálisis subrogada, por lo que el proveedor deberá dar el debido cumplimiento a todos y cada uno de los requisitos que a continuación se describen en los términos y condiciones establecidos en el presente documento.

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

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

- Se encuentre certificada por el Consejo de Salubridad General o en proceso de certificación por dicho Consejo, en atención al ACUERDO por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales de la Ciudad de México (antes Distrito Federal) y municipales, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.
- Ubicarse dentro de un radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica del IMSS a la que pretenda prestarse el servicio.
- El área de tratamiento deberá ser considerada área semirestringida (zona gris).
- La unidad de hemodiálisis subrogada deberá contar con servicio de traslado en ambulancia, en términos de la NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria, debiendo contar con las características mínimas como se indican en la NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria, numeral 4.1.4 Ambulancia de urgencias básicas, en caso de que la unidad de hemodiálisis subrogada no cuente con ambulancia propia; y factura en caso de que sea propia la ambulancia) para los caso que se requieran para:
  - Pacientes graves o que presenten complicaciones (pre, trans y post tratamiento) en el área de la unidad de hemodiálisis subrogada, hasta conseguir la estabilización hemodinámica del paciente para el traslado a la unidad médica de referencia.
- Contar con las áreas descritas en el apartado "Infraestructura, Equipamiento y Suministro" del presente documento, en apego a la NOM-003-SSA3-2010, "Para la práctica de la hemodiálisis".
- Central(es) de enfermeras con visibilidad de los pacientes.
- Área de aislamiento equipada destinada a pacientes con enfermedades infecto-contagiosas como: VIH o Hepatitis B o C.
- El área de aislamiento destinada a pacientes con COVID-19, deberá estar equipada con lo siguiente:
  - Máquina de hemodiálisis
  - Ventilador volumétrico
  - Monitor de signos vitales
  - Bomba de infusión de 3 canales
  - Carro rojo
  - Desfibrilador
  - Aspirador
  - Toma de oxígeno
  - Tubos endotraqueales
  - Cánulas de aspiración



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA**

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

- El área para cada estación de hemodiálisis deberá ser de por lo menos 1.5 x 2.0 mts., la cual se calculará con base a los metros cuadrados del área de tratamiento de hemodiálisis (área gris) y el número de máquinas que tenga la unidad subrogada de hemodiálisis.
- Toma o tanque portátil de oxígeno y aspirador de secreciones (en caso de optar por el uso de tanque portátil de oxígeno y aspirador de secreciones, deberá contar con uno por cada 5 (cinco) máquinas instaladas).
- Área de lavado, desinfección y esterilización de material de curación y médico-quirúrgico, en caso de no contar con material desechable.
- Almacén de ropa limpia o de ropa desechable, de guarda de bienes de consumo, área de intendencia, área de conservación y mantenimiento. En el caso de utilizar ropa desechable no será necesario que cuente con almacén de ropa sucia.
- Deberá cumplir con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
- Debe contar con cisterna o tinacos para la disponibilidad de agua suficiente de acuerdo a la capacidad instalada de atención para los 365 días del año que permita la operación de la unidad.
- Cada paciente deberá recibir las sesiones con duración de 3:00 a 4:00 horas por sesión de acuerdo a la prescripción del médico del IMSS.
- El proveedor deberá tener el número de máquinas de hemodiálisis, de acuerdo a las necesidades de cada unidad médica, asegurando al menos 936 sesiones anuales por cada máquina, para la atención de cada uno de los pacientes. Apegándose al horario de servicio que será de las 7 a las 21 horas, de lunes a sábado; incluso días festivos. Los horarios diferentes se deberán acordar con las autoridades delegacionales o de la UMAE correspondiente.
- El proveedor, debe garantizar el equipo y bienes de consumo específicos para pacientes pediátricos en los lugares en donde se requiera la atención para este tipo de pacientes.
- El proveedor deberá contar con los equipos médicos, y bienes de consumo que se requieren para llevar a cabo los procedimientos (sesiones de hemodiálisis), para cubrir las necesidades de las unidades hospitalarias que se adjudiquen. Por lo que una vez que se conozca al proveedor deberá coordinar acciones con las unidades médicas asignadas para prestar el servicio en tiempo y forma.

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

- A todo paciente al que se le haya determinado la permanencia en el programa de hemodiálisis subrogada se le deberá colocar un acceso vascular permanente. La transición del acceso vascular temporal a un acceso vascular definitivo, no deberá ser mayor a los 3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada, siendo éste colocado por el proveedor, el cual deberá atender las complicaciones que se presenten. El plazo contará a partir de la fecha de ingreso a la unidad de hemodiálisis subrogada y de acuerdo al formato de subrogación de servicios 4-30-2/03.

Por lo anterior, deberá enviar a la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas el listado de los pacientes a quienes se les realizó el cambio de catéter de acceso vascular temporal a definitivo, a través de los siguientes correos: [ingrid.zaragoza@imss.gob.mx](mailto:ingrid.zaragoza@imss.gob.mx), y [miriam.zunigar@imss.gob.mx](mailto:miriam.zunigar@imss.gob.mx).

- El proveedor del servicio subrogado será responsable de mantener un acceso vascular funcional y sin complicaciones derivadas de la prestación del servicio.
- Una vez registrado el paciente en la unidad de hemodiálisis subrogada, el proveedor prestador del servicio deberá mantener los estudios actualizados para cada paciente conforme a lo establecido en el apartado denominado, "La Unidad de hemodiálisis subrogada deberá realizar por cada paciente las siguientes pruebas de laboratorio con la frecuencia que a continuación se especifica", del presente documento. Deberá recibir a los pacientes en caso de hemodiálisis de urgencia, los cuales serán remitidos por el Instituto una vez estabilizados hemodinámicamente, con los estudios de acuerdo con el apartado Responsabilidades del Instituto a excepción del panel para virus de Hepatitis B, C y VIH, el cual se enviará en un plazo no mayor a 15 días naturales.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA**

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

- A partir de su referencia a la unidad de hemodiálisis subrogada serán responsabilidad del proveedor, el cuidado, el mantenimiento y/o recambio del acceso vascular temporal o definitivo y, la atención de las complicaciones que se presenten.

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

- Peso, del paciente pre- y post- diálisis, presión arterial pre-, trans- y post- diálisis, temperatura pre- y post- diálisis, frecuencia cardíaca pre-, trans- y post- diálisis, verificar heparinización tipo de filtros de diálisis, flujo del dializante, flujo sanguíneo, tiempo de diálisis y ultrafiltración, K/tv, signos y síntomas del paciente antes, durante y al finalizar la hemodiálisis. Las mediciones tomadas por la máquina de hemodiálisis deben registrarse en el sistema de información.
- Exploración física con especial énfasis en el acceso vascular.
- Eventos relevantes y complicaciones.
- Medicamentos administrados.
- Transmitir a la base de datos central del Instituto, al finalizar la sesión de hemodiálisis, los datos registrados en el sistema de información, de acuerdo a la ETIMSS 5640-023-004, mediante mensajería HL7.
- Establecer los mecanismos necesarios para manejo de identidad, al iniciar y finalizar la sesión de hemodiálisis, de acuerdo a la ETIMSS 5640-023-004.

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

- En forma mensual: urea o nitrógeno ureico, biometría hemática completa, glucosa, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, TGO (sólo en caso de pacientes seropositivos para hepatitis B o C.
- Trimestral: Cinética de hierro: Ferritina, transferrina, albúmina, proteínas totales.
- Cuatrimestral: Determinación de antígeno de superficie (HBs Ag), Anti HCV.
- Semestral: Colesterol, triglicéridos, VIH.
- Para lo cual el proveedor prestador del servicio deberá presentar copia del contrato de prestación de servicio de laboratorio clínico debidamente firmado y vigente, o en caso de contar con laboratorio propio, copia de la licencia de funcionamiento del laboratorio clínico. Así mismo, deberá enviar los informes trimestrales, cuatrimestrales y semestrales a la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas través de los siguientes correos: ingrid.zaragoza@imss.gob.mx, y miriam.zunigar@imss.gob.mx

**La adecuación de la hemodiálisis se deberá realizar mensualmente en forma individualizada para cada paciente y se deberá cumplir con los siguientes parámetros:**

- A) Clínicos: sin datos de uremia, control óptimo de la presión arterial, sin datos de retención hídrica y con peso seco en forma individual.
- B) Bioquímicos:
  - Kt/v monocompartamental igual o mayor de 1.2
  - URR igual o superior al 65%

**Criterios especiales a seguir por las unidades subrogadas:**

- En caso necesario de transfusión de componentes sanguíneos, que provoque descompensación aguda, el paciente deberá ser trasladado a la unidad hospitalaria de adscripción correspondiente sin costo adicional.
- Considerar como pacientes de alto riesgo a aquellos que se encuentran seropositivos con hepatitis B o C y VIH, y a los que en condiciones de urgencia, no se haya podido determinar su panel viral.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

- Los pacientes que se encuentren con hepatitis B o C y VIH con prueba confirmatoria positivos, deben dializarse en riñón artificial exclusivo para este tipo de pacientes y en área aislada, siguiéndose las técnicas internacionales establecidas.
- Los pacientes con hepatitis B y C y VIH deben dializarse utilizando en ellos material y equipo exclusivo. En estos pacientes no debe reutilizarse el dializador. Se deberá seguir el procedimiento de técnica de aislamiento aplicando la NOM 010-SSA2-2010 "Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana".
- El material desechable utilizado en los procedimientos de hemodiálisis, deberá ser exclusivo para cada paciente.
- El proveedor deberá presentar escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
- Aseo exhaustivo de las áreas al menos una vez por semana, utilizando detergente en todas las superficies como pisos, paredes, puertas y ventanas y/o de acuerdo a cultivos bacteriológicos realizados en el área.
- Fumigar todas las áreas de la unidad al menos una vez al mes, con plaguicidas o pesticidas y en su caso aplicar soluciones bactericidas.
- Asear y desinfectar la máquina de hemodiálisis después de cada procedimiento, de igual forma el demás mobiliario que haya sido utilizado, deberá ser aseado y sanitizado al término de cada día de uso.
- En la detección de casos nuevos de Hepatitis B, C y VIH, por la unidad de hemodiálisis subrogada, ésta deberá dar aviso al director y médico tratante del hospital de referencia, a través de nota médica de la presencia de esta patología.
- Envío de nota médica mensual a la unidad médica del Instituto de adscripción conforme a la NOM-004-SSA3-2012, "Del expediente clínico" anotando los resultados de los exámenes de laboratorio con la periodicidad referida en el apartado "La Unidad de hemodiálisis subrogada deberá realizar por cada paciente las siguientes pruebas de laboratorio con la frecuencia que a continuación se especifica", del presente documento. Así mismo la información deberá ser enviada a la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas través de los siguientes correos: [ingrid.zaragoza@imss.gob.mx](mailto:ingrid.zaragoza@imss.gob.mx), y [miriam.zunigar@imss.gob.mx](mailto:miriam.zunigar@imss.gob.mx)

#### Responsabilidades del Instituto:

- a) El Instituto a través del servicio de (Medicina Interna o Nefrología), enviará al paciente con solicitud de subrogación (4-30-2/03) debidamente acreditada por el director de la unidad y/o subdirector médico y jefe de servicio, con resumen médico, con vigencia actualizada y los estudios complementarios de laboratorio y gabinete siguientes: Biometría hemática completa, pruebas de coagulación, química sanguínea glucosa, urea y creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, calcio, fósforo TGO, TGP, proteínas totales, albúmina panel de hepatitis B y C, VIH y placa de tórax.
- b) El Instituto será responsable de extender las recetas de medicamentos, incapacidades, solicitudes de interconsulta, de laboratorio y gabinete en caso necesario para cada paciente incluido en el servicio de hemodiálisis subrogada materia del presente documento.
- c) El Instituto, ratificará la continuidad del servicio de cada paciente, a través de la verificación de la vigencia de derechos actualizada.
- d) El Instituto dará continuidad a la atención de complicaciones propias de la hemodiálisis de cada paciente, que haya requerido traslado de la unidad de hemodiálisis subrogada a la unidad hospitalaria del Instituto.
- e) A través de personal autorizado por el Instituto, realizará visitas de supervisión a la unidad de hemodiálisis subrogada, a efecto de verificar la debida prestación del servicio en forma integral, ininterrumpida a lo descrito en el Anexo T4 (T-cuatro) Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada, de la invitación.
- f) Para pacientes seronegativos aplicar vacunación contra hepatitis B con doble dosis al ingresar al programa de hemodiálisis subrogada, en caso de no tenerla y completar su esquema de vacunación.
- g) Procedimiento de transfusión en caso necesario y previa valoración médica.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

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

#### Responsabilidades del proveedor:

1. Prestar el servicio subrogado de hemodiálisis en los términos y condiciones establecidos en este contrato y conforme a lo señalado en los apartados de este Anexo Técnico, los Términos y Condiciones y sus Anexos; Anexos T1 (T-uno) Requerimiento y T2 (T-dos) Propuesta de la Descripción de las especificaciones del equipo médico y bienes de consumo para realizar los tratamientos hemodialíticos, "ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS, A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES, C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE y E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO, T3 Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas, T4 Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada, T5 Calendario para entrega de las pruebas de la calidad del agua de hemodiálisis subrogada, T6 Calendario para entrega mensual de catéteres, T7 Tabla cifras de control de registro nominal hemodiálisis subrogado, T8 Directorio de unidades médicas los cuales forman parte de este documento.
2. Atender de manera adecuada y oportuna las complicaciones o emergencias propias del procedimiento, (en el pre, trans y post hemodiálisis) utilizando todos los recursos humanos, materiales y equipo que se requieran, hasta conseguir la estabilización hemodinámica del paciente y su traslado a la unidad de adscripción, sin costo adicional para el Instituto.

Deberá entender por complicaciones:

- Hipotensión arterial severa, cuadro de cardiopatía isquémica aguda, descompensación metabólica aguda, bacteriemia, arritmias cardíacas, enfermedad cerebral vascular en fase de instalación y cualquier otra eventualidad aguda que comprometa la integridad y estabilidad hemodinámica del paciente.
  - Complicaciones del acceso vascular temporal que se deriven:
    - 1.- De la manipulación del catéter.
    - 2.- Disfunción inherente del catéter.
    - 3.- Generadas durante el proceso de hemodiálisis.
  - Complicaciones del acceso vascular definitivo que se deriven:
    - 1.- De la manipulación o cateterización.
    - 2.- Disfunción inherente del acceso.
    - 3.- Generadas durante el proceso de hemodiálisis.
3. Deberá notificar a la unidad médica correspondiente del Instituto por vía telefónica en forma inmediata y por escrito en un plazo máximo de 24 horas siguientes a la presentación del caso de complicaciones, al director o subdirector médico de la unidad correspondiente, para la atención del médico nefrólogo tratante brindando la siguiente información:
    - Un resumen clínico del caso;
    - Detalle de la complicación;
    - Atención que se brindó, y
    - Resultados obtenidos, con objeto de dar continuidad al tratamiento.

La llamada telefónica permitirá el traslado inmediato del paciente estabilizado en ambulancia de la unidad de hemodiálisis subrogada al hospital correspondiente.

4. Deberá enviar al Jefe de Servicio de la unidad hospitalaria institucional correspondiente: resumen mensual, con nota de evolución, eventos relevantes, resultados de laboratorio y gabinete, observaciones de cada uno de los pacientes.
5. Dará las facilidades necesarias para que el personal autorizado y designado por el Instituto pueda hacer las visitas de



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA**

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

6. La unidad de hemodiálisis subrogada tendrá la facultad de optar por cualquiera de las opciones siguientes: uso de dializadores nuevos por cada sesión de hemodiálisis; o el reúso de dializadores de forma automatizada.
7. Es responsabilidad estricta del proveedor asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" desde el punto de vista bacteriológico y químico, conforme a la NOM-003-SSA3-2010 "Para la Práctica de la hemodiálisis" y las recomendaciones de la AAMI consideradas en la norma citada. Es obligatorio para el proveedor contar con el reporte original de las pruebas realizadas por un laboratorio acreditado, antes del inicio y en operación con la periodicidad bimestral y anual correspondiente.
8. En el caso del reúso de los dializadores, deberá apegarse a las normas del apéndice "B" de la NOM 003-SSA3-2010 Para la Práctica de la hemodiálisis.
9. Cumplir con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
10. Presentar copia del contrato de prestación de servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, o en caso de contar con laboratorio propio, copia de la licencia de funcionamiento del laboratorio clínico.
11. Si va a optar por el reprocesamiento de dializadores deberá ofertar y presentar la documentación correspondiente de la Unidad de reprocesamiento de dializadores conforme a la Clave 531.340.0227 del al Anexo T2 (T-dos)

Cantidad de sesiones de hemodiálisis requeridas:

La cantidad mínima y máxima de sesiones de hemodiálisis a contratar se establece en el Anexo 1 (uno) del presente documento, para un periodo de contratación del 01 de enero al 29 de febrero de 2024.

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

#### **Personal**

- Deberá ajustarse a lo descrito en la NOM-003-SSA3-2010 "Para la práctica de hemodiálisis", particularmente a lo descrito en los numerales 5.1 y 5.2 de dicha Norma.
- El responsable de la unidad de hemodiálisis deberá ser un médico especialista en nefrología, con certificado de especialización, cédula profesional, el horario en que se deberá encontrar en la Unidad de Hemodiálisis Subrogada se acordará con las autoridades de la OOAD /UMAE que le corresponde
- El personal de enfermería con especialidad en nefrología o personal profesional y técnico con capacitación y adiestramiento en hemodiálisis demostrará documentalmente haber recibido la especialidad en nefrología o en su caso, haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de seis meses impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada. El servicio deberá contar con al menos una enfermera por cada 3 (tres) máquinas de hemodiálisis.
- El personal de la unidad de hemodiálisis subrogada deberá estar capacitado sobre el manejo de sangre, material y equipos contaminados con virus de Hepatitis B y C y VIH.
- Deberá realizarse vacunación para Hepatitis B a los seronegativos y, determinación de aspartatoaminotransferasa (AST), antígeno de superficie (Hbs Ag) y anti-HVC cada seis meses.

#### **Infraestructura, Equipamiento y Suministros**

##### **A. Área Física**

La unidad de hemodiálisis subrogada deberá estar conforme a la NOM-003-SSA3-2010 Para la práctica de hemodiálisis en sus numerales 6.1, 6.4 y 6.5

El procedimiento de hemodiálisis se llevará a cabo en hospitales que tengan licencia sanitaria o en unidades independientes o no ligadas a un hospital que hayan presentado aviso de funcionamiento ante la autoridad sanitaria según corresponda y con las características mínimas siguientes:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA**

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

- a) El área para cada estación de hemodiálisis deberá ser de por lo menos 1.5 x 2.0 mts
- b) Consultorio,
- c) Área de recepción de fácil acceso a los pacientes,
- d) Central de enfermeras,
- e) Almacén,
- f) Área de prelavado y de tratamiento de agua.
- g) Sanitarios para pacientes, diferenciado para hombres y mujeres.
- h) Sanitarios para personal de la unidad,
- i) Cuarto séptico,
- j) Área administrativa,
- k) Sala de procedimientos (En caso de no encontrarse la unidad de hemodiálisis dentro de un hospital). Al menos deberá contar con lo descrito en los estándares de estructura para la autoevaluación de establecimientos de atención médica de hemodiálisis vigentes emitidos por el Consejo de Salubridad General vigentes.
- l) Instalaciones y accesorios propios para el manejo de pacientes con capacidades diferentes y
- m) Sala de espera.

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

#### **B. Características del Equipo y de los Bienes de Consumo**

- El proveedor deberá ajustarse a lo descrito en la NOM-003-SSA3-2010 "Para la práctica de hemodiálisis".
- Los bienes de consumo se deberán apegar a lo descrito en el **Anexo T2** (T dos).
- Las máquinas de hemodiálisis deberán apegarse al Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico vigente, clave 531.340.0169. y a la Clave 531.340.0227, en caso de optar por reprocesamiento de los dializadores.
- La unidad de hemodiálisis deberá contar con máquinas exclusivas y en área aislada para pacientes con seropositividad a hepatitis B, C y VIH.
- Las máquinas utilizadas para las sesiones de hemodiálisis deberán estar en óptimas condiciones de mantenimiento y funcionamiento y haber sido ensambladas de manera integral en el país de origen.
  - o No deberán contener leyendas "Only Export" ni "Only Investigation", ser modelos discontinuados o de uso no autorizado en el país de origen, contar con alertas médicas tipo I y II que sean reconocidas por organismos internacionales y por las OOAD de los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años.
  - o En el caso de que los equipos hayan presentado alerta médica el proveedor debe contar con el alta o resolución de la misma.
- Dializador de fibra hueca de membrana sintética o semisintética, biocompatibles, específicos para pacientes adultos o pediátricos según corresponda.
- Ácido y bicarbonato en concentraciones de acuerdo a los equipos de hemodiálisis propuestos para la prestación del servicio.
- Línea arteriovenosa.
- Aguja fistula para punción de acceso venoso y arterial.
- Catéter temporal o permanente o injerto vascular heterólogo.
- Material estéril necesario para conexión y desconexión de fistula o catéter.

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

#### **C. Requisitos del Agua a utilizar en Hemodiálisis**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA**

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

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

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

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

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

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

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

El administrador del contrato y el proveedor determinarán en conjunto, las fechas en que el proveedor deberá entregar copia simple de los reportes originales de los resultados de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del agua, presentando los originales de dichos reportes para cotejo, con la periodicidad bimestral para el análisis de biológicos y al menos una vez al año para los estudios químicos, así como, validar que los resultados se encuentren dentro de los parámetros estipulados en la NOM 003-SSA3-2010 de los estudios mencionados, mediante el Anexo T5 (T-cinco) CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIALISIS SUBROGADA.


#### **D. Verificación física o visitas de supervisión**

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

#### **E. Constancias con las que deberá contar el proveedor:**

- a) Registros Sanitarios de los equipos y de los bienes de consumo requeridos para la prestación del servicio, a excepción de aquellos que no requieran Registro Sanitario de acuerdo con la COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios).
- b) Licencia sanitaria y/o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.
- c) Certificados de calidad vigentes en su idioma original, de los equipos y bienes de consumo que se utilizarán para la prestación del servicio, expedidos por los organismos de control y/o autoridades sanitarias del país de origen.
- d) Copia del certificado de buenas prácticas de manufactura, en el idioma del país de origen de los equipos y bienes de consumo ofertados, acompañado de su traducción al español y expedido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen o copia simple del certificado FDA o Comunidad Económica Europea vigente de los equipos y bienes de consumo ofertados.
- e) Documento emitido por el Secretario del Consejo de Salubridad General, en el cual se señala que el establecimiento privado de atención médica hospitalaria con el que se ofrece el servicio al Instituto, cuenta con certificación vigente o



|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>         ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>         DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>         JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>         COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0007</b></p> | <p><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL<br/>         BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS<br/>         ELECTRÓNICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br/>         HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p> |
|---|---|--|

se encuentra en proceso de certificación, en atención al Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.

Durante la vigencia de la prestación del servicio del contrato, el Administrador del Contrato verificará en la página de internet del Consejo de Salubridad General (<http://www.csg.gob.mx>), que las clínicas en donde se presten los servicios se permanezca vigente la Certificación de Establecimientos de Atención Médica de Hemodiálisis, ya que en caso contrario deberá dar una fecha no mayor a un mes para la entrega de la certificación correspondiente actual a ese momento y vigente.

- f) Certificado de libre venta vigente emitido por las autoridades sanitarias u organismos de control del país de origen, en el que se señale que los equipos y bienes de consumo necesarios para la prestación del servicio pueden ser usados sin restricción de uso en el país de origen.

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

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

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

Como elemento adicional, el Sistema de Información del proveedor deberá permitir al Jefe de Servicio de la unidad, el generar un reporte filtrado por unidad, por periodo, por contrato, con el desglose de las sesiones otorgadas, presentando el listado nominal de los derechohabientes que recibieron el servicio, como mínimo por nombre, Número de Seguridad Social y agregado médico.

Todas las gestiones relacionadas con el Sistema de Información y envío de mensajería HL7, se realizarán en las oficinas de la Coordinación de Servicios Digitales y de Información para la Salud y Administrativos (CSDISA) o la Coordinación Técnica de Servicios Digitales y de Información para la Salud, ubicadas en la calle de Tokio 80, 4º piso, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, C.P. 06600 o donde el Instituto designe.

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

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

El proveedor debe llevar a cabo la instalación y puesta en operación, del Sistema de Información e instrumentos necesarios para la atención del paciente, dentro de los 45 (cuarenta y cinco días) naturales contados a partir de la emisión del fallo.

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

**Certificación del Sistema de Información**

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

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

- Firma de Acuerdo de Confidencialidad
- Designación de contacto responsable con sus datos
- Designación de sistema y empresa soporte
- Pruebas de funcionalidad

**a) Firma de Acuerdo de Confidencialidad**

L.C. LSA/ L.D. ASL/ L.D. LFQB



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA**

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

El proveedor del Servicio se compromete con el Instituto a firmar un acuerdo de confidencialidad, Anexo T12 (TI dos) Acuerdo de Confidencialidad, en el cual se establece que en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá hacer uso de la información puesta a su disposición o generada durante y posterior a la vigencia de este contrato para un fin distinto al establecido en su objeto y en el presente documento, sujetándose a las del sistema y soporte, responsabilidades económicas, penales y de cualquier otra índole a instancia del Instituto que deriven del incumplimiento de este acuerdo.

**b) Designación de contacto responsable con sus datos**

El proveedor deberá notificar los datos de contacto de la persona responsable de establecer comunicación con el Instituto para todo lo referente al Sistema de Información, Anexo T13 (TI tres) "Designación de contacto responsable".

**c) Designación de sistema y empresa soporte**

El proveedor deberá notificar el(los) Sistema(s) de Información que propone implantar en las Unidades de Hemodiálisis y la empresa que le dará soporte, Anexo TI 4 (TI cuatro) "Designación de sistema y empresa soporte".

**d) Pruebas de funcionalidad**

La prueba de funcionalidad, se realizará en las oficinas de la CSDISA, o donde el Instituto designe. El proveedor solicitará una cita a la DSDICDS mediante un escrito libre en hoja membretada de la empresa, el cual se entregará en el área de Gestión de Correspondencia de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT), ubicada en Tokio 80, 5to. Piso, Col Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, C.P. 06600.

La prueba final en sitio, se realizará una vez aprobado el punto anterior en la Unidad Médica adjudicada que el Instituto designe de acuerdo con el calendario de Despliegue, previamente acordado con las Unidades Médicas, con la versión aprobada del Sistema de Información en operación durante 24 (veinticuatro) horas naturales.

Esta deberá ser solicitada a la DSDICDS, mediante un escrito libre en hoja membretada de la empresa, el cual se entregará en el área de Gestión de Correspondencia de la DIDT, ubicada en Tokio 80, 5to. Piso, Col Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, C.P. 06600.

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

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

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

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

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

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

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

L.C. LSA/ L.D. AGL/ L.D. LFQB

DEPARTAMENTO DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA**

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

- **Norma Oficial Mexicana NOM 003-SSA3-2010**, Para la práctica de la hemodiálisis, fecha de publicación en el DOF 08/06/2010.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico, que establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, de fecha de publicación en el DOF 15/10/2012
- **Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012**, Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud, Fecha de Publicación en el DOF 30/11/2012.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. Fecha de Publicación en el DOF 1 /11/ 2001
- **Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010**, para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Fecha de Publicación en el DOF. 10/11/2010
- **Norma Oficial mexicana NOM-001-SEDE-2012**, Instalaciones Eléctricas. Fecha de Publicación en el DOF 29/11/2012
- **Norma Oficial mexicana NOM-002-STPS-2010**, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo. Fecha de Publicación en el DOF 12 /11/ 2010
- **Norma Oficial mexicana NOM-001-STPS-2008**, edificios, locales, instalaciones y áreas en los centros de trabajo-condiciones de seguridad. Fecha de Publicación en el DOF 2/10/ 2008
- **Norma Oficial mexicana NOM-025-STPS-2008**, Condiciones de iluminación en los centros de trabajo. Fecha de Publicación en el DOF 12/12/ 2008
- **Norma Oficial mexicana NOM-026-STPS-2008**, colores y señales de seguridad e higiene, e identificación de riesgos por fluidos conducidos en tuberías. Fecha de Publicación en el DOF 2 /10/ 2008
- **Norma Oficial mexicana NOM-029-STPS-2011**, mantenimiento de las instalaciones eléctricas en los centros de trabajo-condiciones de seguridad. Fecha de Publicación en el DOF 29/12/2011
- **Norma Oficial mexicana NOM-003-SEGOB-2011**, señales y avisos para protección civil, colores, formas y símbolos a utilizar. Fecha de Publicación en el DOF 23/12/2011
- **NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013**, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria, Fecha de Publicación en el DOF: 23/09/2014
- **Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015**, Personas con discapacidad.- Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre. Fecha de Publicación en el DOF 12/08/2016
- **NOM-223-SSA1-2003**. Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. Fecha de Publicación en el DOF 16/12/2003
- **2000-001-006** norma que establece las disposiciones generales para la planeación, obtención y el control de los servicios subrogados de atención médica..



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

### Servicio de Hemodiálisis Subrogada

#### Términos y Condiciones

En cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 4.24.4. de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (POBALINES), se establecen los presentes Términos y Condiciones, para la contratación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada, de conformidad con lo siguiente.

#### Vigencia de la prestación del servicio:

El plazo para la prestación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada será del 01 de enero al 29 de febrero de 2024.

#### Plazo de entrega:

#### Condiciones de la Prestación del Servicio

El procedimiento de hemodiálisis se llevará a cabo únicamente en las instalaciones de la unidad de hemodiálisis subrogada del proveedor.

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

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

El servicio de hemodiálisis deberá ser prestado dentro del plazo establecido y de acuerdo a las necesidades de las unidades médicas contenidas en el Anexo 2 (dos).

#### La unidad de hemodiálisis subrogada deberá cumplir con los siguientes puntos

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

- Deberá existir un responsable de la unidad de hemodiálisis subrogada quien deberá ser un médico especialista en nefrología con certificado de especialización y cédula profesional, debiendo encontrarse en la unidad de hemodiálisis durante la práctica de la misma a los pacientes del Instituto.
- Deberá contar con el personal de enfermería con especialidad en nefrología o personal profesional y técnico con capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de seis meses de enfermería, el cual deberá contar con al menos una enfermera por cada 3 (tres) máquinas de hemodiálisis.

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

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

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

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA**

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA**

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

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

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

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

En caso de optar por el reuso de dializadores deberá contar con personal especializado para el uso de la Unidad de reprocesamiento de dializadores.

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

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

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

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

**Visita a las Instalaciones**

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

Durante el periodo de evaluación el Instituto realizará la verificación de la Unidad Médica Subrogada de Hemodiálisis, con base al Anexo T3 (T Tres) Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de Hemodiálisis subrogada, a cargo del personal designado por el OOADRVN; en los domicilios de las instalaciones señalados por los participantes.

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

**NIVELES DE SERVICIO**

El proveedor, durante la vigencia del contrato, deberá cumplir con los niveles de servicio descritos a continuación:

| Concepto  | Niveles de Servicio  |
|---|--|
| La transición del acceso vascular temporal por un acceso vascular definitivo para los pacientes con | 3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada. |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

| Concepto  | Niveles de Servicio   |
|---|---|
| permanencia en el programa, no deberá ser por un tiempo mayor de:   |   |
| Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI.<br>La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.  | Bimestral. (al día hábil siguiente a la conclusión del bimestre)  |
| Reporte de laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010.<br><br>La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.  | Resultados de análisis bacteriológico dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010.    |
| Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI.<br>La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico.  | Al menos una vez al año. (al día hábil siguiente a la conclusión del año)                               |
| Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI.<br>La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico.  | Resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010           |
| Dotación del mismo número de catéteres temporales o permanentes que fueron colocados a pacientes referidos a subrogación el mes inmediato anterior más 2(dos) catéteres temporales o permanentes como lo solicite el jefe de servicio   | Mensualmente. (dentro de los primeros 5 días hábiles de cada mes)                                       |
| El proveedor establecerá contacto con la División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud (DSDICDS), dependiente de la CSDISA, a efecto de establecer la estrategia de cumplimiento de los siguientes puntos:<br>a) Firma del Acuerdo de Confidencialidad<br>b) Designación de contacto responsable con sus datos<br>c) Designación de sistema y empresa soporte<br>d) Solicitud de Pruebas de funcionalidad | Dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes a la fecha de emisión de fallo.                       |
| Instalación y puesta en operación, del Sistema de información e instrumentos necesarios para el manejo de identidad del paciente.   | Dentro de los 45 (cuarenta y cinco) días naturales contados a partir de la emisión del fallo.           |
| El proveedor proporcionará un Calendario de Despliegue del Sistema Evaluado considerando todas las Unidades de Hemodiálisis incluidas en el contrato  | Dentro de los 5 (cinco) días naturales posteriores a la fecha de aprobación del sistema de información. |
| Registro de la información de la sesión realizada, en la base de datos central del Instituto, conforme a la (ETIMSS), 5640-023-004 Especificación Técnica del Sistema de Información de Hemodiálisis Extramuros, necesario para la transmisión de datos a la base de datos central del Instituto.   | En un plazo no mayor a las 24 veinticuatro) horas, posteriores a la fecha en que se otorgó la sesión.   |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCENTRALIZADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

ANEXO T0 (T-cero) Oferta Técnica

Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada

Participante:

|                                  |           |       |               |
|----------------------------------|-----------|-------|---------------|
| Unidad de Hemodiálisis Subrogada | _____     |       |               |
| Domicilio:                       | _____     |       | C.P.: _____   |
|                                  | Teléfono: | _____ | Ext: _____    |
| Municipio/Alcaldía:              | _____     |       | Estado: _____ |
| Horario de Atención:             | _____     |       |               |

|                              |       |
|------------------------------|-------|
| Nombre Médico Nefrólogo:     | _____ |
| Número de Cédula Profesional | _____ |

| Unidad de Hemodiálisis Subrogada   | Total m <sup>2</sup> | Se ubica dentro de un Hospital  |               |
|--|----------------------|---------------------------------|---------------|
| a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris) |                      | Si                              | No            |
|  |                      | <b>Máquinas de Hemodiálisis</b> |               |
| b) Número de máquinas de Hemodiálisis  | Total                | Sero positivo                   | Sero negativo |
|  |                      |                                 |               |

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

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

L.C. LSA/L.D. AGL/L.D. LFQB



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

ANEXO T 0 (T-cero)

Servicios

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

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

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

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





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA**

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA**

**ANEXO T 0 (T-cero)**

**Normatividad**

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

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

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

Fecha: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

Formato de Oferta  
Servicio de Hemodiálisis Subrogada

Instrucciones de llenado:

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

ANEXO T0 (T-cero)

Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada

Participante:

|   |                                  |                                  |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| 1 | Unidad de Hemodiálisis Subrogada | _____                            |
|   | Domicilio:                       | _____ C.P.: _____                |
|   |                                  | _____ Teléfono: _____ Ext: _____ |
|   | Municipio/Alcaldía:              | _____ Estado: _____              |
|   | Horario de Atención:             | _____                            |

|   |                              |       |
|---|------------------------------|-------|
| 2 | Nombre Médico Nefrólogo:     | _____ |
|   | Número de Cédula Profesional | _____ |

|   |  |                          |                                |               |
|---|--|--------------------------|--------------------------------|---------------|
| 3 | Unidad de Hemodiálisis Subrogada   | Total m <sup>2</sup>     | Se ubica dentro de un Hospital |               |
|   | a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris) |                          | Si                             | No            |
|   |  | Máquinas de Hemodiálisis |                                |               |
|   | b) Número de máquinas de Hemodiálisis  | Total                    | Sero positivo                  | Sero negativo |
|   |  |                          |                                |               |

|   |   |            |             |
|---|---|------------|-------------|
| 4 | Equipamiento  | Marca (s): | Modelo (s): |
|   | Máquina de Hemodiálisis   |            |             |
|   | Sistema de tratamiento de agua  |            |             |
|   | Equipo de reprocesamiento automático de dializadores(en caso de usarlo) |            |             |

|   |  |                |
|---|--|----------------|
| 5 | Cuenta con:  |                |
|   | Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General (Anexar documento) | No Certificado |
|   |  |                |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ANEXO T 0 (T-cero)

Servicios

6

Servicios al paciente

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

7

Servicios de traslado

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


8

Otros Servicios

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

9

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

|   |   |  |
|---|---|--|
|  | INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO | ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL<br>BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS<br>ELECTRÓNICA<br>AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024<br>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br>HEMODIALISIS SUBROGADA |
|   | <b>CONTRATO No. SEIA24311604-0007</b>   |  |

**ANEXO T 0 (T-cero)**

**Normatividad**

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

|           |                                |           |                        |
|-----------|--------------------------------|-----------|------------------------|
| <b>10</b> | <b>SI</b>                      | <b>No</b> | <b>Número de Folio</b> |
|           | <b>Aviso de Funcionamiento</b> |           |                        |
|           | <b>Licencia Sanitaria</b>      |           |                        |

|           |                                     |               |                        |
|-----------|-------------------------------------|---------------|------------------------|
| <b>11</b> | <b>Responsable Sanitario</b>        | <b>Nombre</b> | <b>Número de Folio</b> |
|           | <b>De la Unidad de Hemodiálisis</b> |               |                        |

**1**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Director de la Unidad de Hemodiálisis: \_\_\_\_\_

Firma del Director de la Unidad de Hemodiálisis: \_\_\_\_\_

**ANEXO T1 REQUERIMIENTO DE SESIONES PARA PACIENTES EN HEMODIÁLISIS SUBROGADA POR PARTIDA**

| PARTIDA | TIPO | NUM | LOCALIDAD           | N° DE SESIONES A CONTRATAR |                |
|---------|------|-----|---------------------|----------------------------|----------------|
|         |      |     |                     | MÍNIMO                     | MÁXIMO         |
| 1       | HGZ  | 24  | POZA RICA, VERACRUZ | 77                         | <del>192</del> |

**ANEXO T7 (T-siete) TABLA CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL HEMODIALISIS SUBROGADO**

| PROVEEDOR              | Del               | DELEGACION        | Tipo  | Número                       | CLV PRES  | No. CONTRATO         | IMPORTE MENSUAL EJERCIDO                     | REALIZADO                       | Modalidad              | MES                        | Año   |
|------------------------|-------------------|-------------------|---|------------------------------|---|----------------------|--|---------------------------------|------------------------|----------------------------|-------|
| (Nombre del Proveedor) | (Número del OOAD) | (Nombre del OOAD) | (Tipo de la Unidad Médica. Referencia Catálogo de Procedimientos) | (Número de la Unidad Médica) | (Clave presupuestal de la Unidad Médica o UMAE) | (Número de Contrato) | (Importe Mensual de las Sesiones realizadas) | (Número de Sesiones Realizadas) | (Hemodialis Subrogada) | (Del 26 al 25 de cada mes) | (Año) |
| Razón Social           | 05                | Coahuila          | HGZMF   | 16                           | 050901022151                                    | No. Contrato         | NNNN.dd                                      | NNNNN                           | HS                     | 11                         | 2020  |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

### DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS

| No. | TIPO  | No. | LOCALIDAD | DOMICILIO   | DIRECTOR                                | CORREO ELECTRÓNICO           | TELÉFONO        |
|-----|-------|-----|-----------|---|---|------------------------------|-----------------|
| 1   | H.G.Z | 24  | POZA RICA | REFORMA Y NARANJO<br>S/N, COLONIA LAREDO,<br>C.P. 93260, POZA RICA,<br>VER. | DRA. MARÍA<br>ANTONIETA GARCÍA<br>TAPIA | maria.garcia@imss.g<br>ob.mx | 782 822<br>1641 |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

Formato de Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03)

|   |  |   |  |                         |  |
|---|--|---|--|-------------------------|--|
|   |  | INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS   |  | FOLIO: 2                |  |
| SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-30-2/03)   |  |   |  |                         |  |
| 1 DELEGACIÓN/UMAE   |  | Fecha: DIA MES AÑO 3  |  |                         |  |
| 4 UNIDAD MÉDICA:<br>CLAVE PRESUPUESTAL:<br>TIPO Y NÚMERO:<br>LOCALIDAD:   |  | 5 PACIENTE:<br>NOMBRE:<br>SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/><br>No. DE SEGURIDAD SOCIAL AGREGADO<br>CURP:  |  |                         |  |
| 6 SERVICIO QUE DERIVA:<br>NOMBRE:<br>DIRECCIÓN:   |  | 9 RAMO DE SEGURO QUE SE AFECTA:<br>RT <input type="checkbox"/> EG <input type="checkbox"/> MAT <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> PEND <input type="checkbox"/> Spf AM <input type="checkbox"/> |  |                         |  |
| 7 ORDINARIO: <input type="checkbox"/> URGENCIA: <input type="checkbox"/><br>8 MOTIVO DE SUBROGACIÓN:<br>CS <input type="checkbox"/> FP <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> FI <input type="checkbox"/>   |  | 10 TIPO DE SUBROGACIÓN<br>ÚNICA <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE <input type="checkbox"/> HEMODIÁLISIS SUBROGADA <input type="checkbox"/>  |  | 11 VIGENCIA DE DERECHOS |  |
| 12 DIAGNOSTICO(S) Y RESUMEN CLÍNICO:  |  |   |  |                         |  |
| 13 GRUPO A SUBROGAR:<br>CONSULTA MEDICINA FAMILIAR: <input type="checkbox"/> CONSULTA ESPECIALIDADES <input type="checkbox"/> CONSULTA DENTAL <input type="checkbox"/><br>HOSPITALIZACIÓN MÉDICA <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA <input type="checkbox"/> MATERNO INFANTIL <input type="checkbox"/><br>AUX DE DX EN LABORATORIO <input type="checkbox"/> AUX DE DX EN GABINETE <input type="checkbox"/> AUX DE TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> |  |   |  |                         |  |
| 14 SERVICIO (S) A SUBROGAR<br>CANTIDAD ESPECIFICAR  |  |   |  |                         |  |
| 15 PROVEEDOR<br>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: RFC:<br>DOMICILIO: TEL:<br>CONTRATO No. VIGENCIA DEL: AL:  |  |   |  |                         |  |
| 16 ELABORÓ  |  | 17 Vo. Bo. JEFE DE SERVICIO   |  | 18 AUT. DIRECTOR UNIDAD |  |
| NOMBRE:<br>MATRÍCULA:<br>FIRMA  |  |   |  |                         |  |
| 19 CONSTANCIA DE QUE EL SERVICIO SE RECIBIÓ   |  |   |  |                         |  |
| NOMBRE:   |  | PACIENTE: <input type="checkbox"/> FAMILIAR: <input type="checkbox"/> RESPONSABLE: <input type="checkbox"/> PARENTESCO  |  | TEL:                    |  |
| DIRECCIÓN:  |  |   |  |                         |  |
| FECHA:  |  | FIRMA:  |  |                         |  |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

## INSTRUCTIVO DE LLENADO

No. DATO

ANOTAR

- 1 **Delegación y UMAE** El nombre de la Delegación o UMAE de las cuales depende la unidad médica.
- 2 **Folio** El número consecutivo que corresponda, estructurados de seis dígitos; de izquierda a derecha, los cuatro primeros serán continuos utilizando ceros a la izquierda para no dejar espacios en blanco, los dos siguientes serán los dos últimos dígitos de la terminación del año respectivo. Su corte será por año natural.  
NOTA: Deberá procurarse sea pre impreso. El dato servirá a la Dirección de la Unidad para el control diario de las solicitudes que se expidan y su correlación con la estadística mensual que se genere con base en los servicios médicos subrogados pagados.
- 3 **Fecha** Con números arábigos el día, mes y año en que se solicita el servicio. Si el dato es de un dígito, anteponer un 0. Para referir el año, invariablemente se utilizarán cuatro dígitos. (Ejem. 08-02-2002).
- 4 **Unidad Médica** La clave presupuestal, el tipo, número y su localidad. (Ejem. UMF 4, San Mateo del Mar, Oax.).
- 5 **Paciente** Los datos que identifican a la o el paciente como son: apellido paterno, materno y el o los nombres, sexo y número de seguridad social con su agregado y su CURP.
- 6 **Servicio que deriva** El nombre del departamento donde se genera la solicitud del Servicio/ Departamentos (consulta externa de medicina familiar o especialidad, urgencias, cirugía, medicina interna, pediatría o ginecología y obstetricia y en su caso, la sub especialidad).
- 7 **Tipo de servicio** Con una X ordinario o urgente, de acuerdo a la oportunidad con la que determine la o el médico tratante debe recibir el servicio la o el paciente.
- 8 **Motivo de subrogación**CS: carencia del servicio, FP: falta de personal, FE: falta de equipo o equipo descompuesto, FI: falta de insumos.
- 9 **Ramo de seguro que se afecta** Con una X el recuadro que corresponda, apoyándose de los medios propicios para su adecuada identificación, inclusive con interrogatorio a la o el paciente o su acompañante.(RT: riesgo de trabajo; EG: enfermedad general MAT maternidad; IV: invalidez y vida; PEN: pensionado; SpFAM: seguro de salud para la familia).
- 10 **Tipo de subrogación** Con una X el recuadro que corresponda según sea el caso, única si el servicio subrogado se otorga por única ocasión, múltiple cuando el servicio se otorga por más de una ocasión o Hemodiálisis Subrogada cuando la o el paciente es enviado a este programa.
- 11 **Vigencia de derechos** La certificación que hace el área de control de prestaciones antes del visto bueno de la o el Jefe de Servicio o Jefe de Departamento Clínico.
- 12 **Diagnóstico y Resumen clínico** El nombre de los procedimientos o los diagnósticos de certeza o presuncional, y todos aquellos signos o síntomas que sustenten la solicitud del servicio, los cuales serán evaluados y sancionados en su oportunidad por la o el Jefe de Departamento Clínico y/o la o el Director o encargado de la unidad médica.
- 13 **Grupo a subrogar** Con una X en el grupo a subrogar que corresponda el estudio a practicar ejemplo: Tomografía pertenece a Auxiliares de Diagnostico Gabinete.
- 14 **Servicio (s) a subrogar** La cantidad y el tipo de servicio que se requiere practicar a la o el paciente para su atención.
- 15 **Proveedor** El nombre completo o razón social del prestador de los servicios subrogados, RFC, domicilio, teléfono, número de contrato y vigencia, con base al registro de proveedores que elabore cada unidad médica.
- 16 **Elaboró** Nombre, matrícula y firma de la o el responsable de su elaboración.
- 17 **Vo. Bo.** Jefe de Servicio Nombre, matrícula y firma.
- 18 **Aut. del Director de la Unidad** Nombre, matrícula y firma de la o el Director de la unidad médica o de quien él designe.
- 19 **Constancia de que el servicio se recibió** Datos generales de la o el paciente, familiar o responsable que firmará después de recibir el SS.





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

**CARACTERÍSTICAS DE OPERACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA.**

| Observación  | Propuesta de mejora  |
|--|--|
| Reprocesamiento de dializadores  | El proveedor del servicio de hemodiálisis podrá hacer reprocesamiento de dializadores siempre y cuando sea de manera automatizada, en apego a lo establecido en la NOM para hemodiálisis y en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud en materia de equipamiento en lo correspondiente a la descripción del dispositivo de reprocesamiento de los dializadores.   |
| Acceso vascular permanente   | La implantación del acceso vascular definitivo será responsabilidad del participante adjudicado, mismo que deberá garantizar un acceso vascular funcional. Las complicaciones de tipo infeccioso y el agotamiento de accesos vasculares serán tratadas en medio hospitalario, procurando no suspender las sesiones de hemodiálisis.  |
| Paciente grave o inestable   | La referencia de pacientes bajo condiciones de gravedad o inestabilidad hemodinámica o respiratoria deberá evitarse y ser tratados en medio hospitalario hasta su mejoría y garantizar su seguridad en el traslado a la unidad de hemodiálisis subrogada. Para la mejor recepción del paciente es indispensable la comunicación entre la autoridad médica del IMSS con el responsable médico de la unidad subrogada.   |
| Pacientes puérperas o embarazadas  | Las mujeres puérperas o embarazadas estables hemodinámicamente deberán ser incluidas para recibir el tratamiento de hemodiálisis ajustado a sus necesidades individuales.  |
| Prescripción de la sesión de hemodiálisis  | La prescripción de la hemodiálisis será por parte del médico Nefrólogo de la unidad, de manera individualizada en cada paciente, en apego a la NOM para la práctica de la Hemodiálisis; y deberá garantizar un Kt/v de 1.2 a 1.4.  |
| Formato de referencia  | Todo paciente referido a tratamiento de hemodiálisis subrogada deberá contar con formato 4-30-02/3, el cual deberá contar con sello de vigencia de derechos y especificar la temporalidad del tratamiento, para fines de este tratamiento se entenderá por TEMPORAL al paciente que es referido para ser tratada por un tiempo máximo de 12 semanas; y DEFINITIVO al paciente que es referido para recibir tratamiento de manera permanente, en cuyo caso el formato ampara desde la fecha de envío hasta el último del del año; y el formato deberá ser actualizado cada año. |
| En relación a la atención de pacientes en día domingo  | La unidad de hemodiálisis subrogada deberá garantizar la seguridad del paciente mediante la sanitización, desinfección, mantenimiento preventivo y correctivo, para lo cual destinará un día de la semana para realizarlo.   |
| El participante adjudicado garantizará la continuidad del tratamiento a los pacientes que cursen con infección por COVID-19, en ninguno de los casos deberá suspender la sesión de hemodiálisis. Por lo que deberá implementar estrategias que permitan establecer las medidas de prevención necesarias para evitar la propagación del virus | El personal médico y paramédico durante la atención del paciente deberán portar equipo de protección personal (bata desechable, cubrebocas, lentes protectores y careta).<br>Para evitar la transmisión del virus COVID-19, el médico responsable de la unidad de hemodiálisis implementará una área de triage previo al ingreso   |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA**

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

| Observación                                      | Propuesta de mejora  |
|--|--|
| (cambios de horario, último turno, turno COVID). | del paciente a la sesión, en donde determina el envío al servicio de urgencias médicas del hospital correspondiente y de informar al servicio de epidemiología para seguimiento del caso.<br>En la sala de espera podrán permanecer los familiares de los pacientes que requieren de apoyo, siempre respetando las medidas de distanciamiento.<br>Trazar rutas de entrada y salida de pacientes con la finalidad de evitar aglomeraciones con los pacientes en los cambios de turno. |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

**ANEXO 2  
PROPUESTA TÉCNICA "EL PROVEEDOR" Y ASIGNACION**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



UNIDAD DE HEMODIALISIS **Folio 00509**

**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

POZA RICA VERACRUZ, A 28 DE DICIEMBRE DEL 2023.

Instituto Mexicano del Seguro Social  
 Órgano de Operación Administrativa  
 Desconcentrada Regional Veracruz Norte  
 Presente.

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA N° AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO  
 MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA, PARA EL H.G.Z. N° 24, POZA RICA, VER.

**ANEXO T1**

Requerimiento por unidad médica de sesiones para pacientes en Hemodiálisis Subrogada

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

**ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIALISIS**

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

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

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

**C) CONSUMIBLES PARA HEMODIALISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO**

| No | Descripción   | Propuesta del proveedor  |
|----|---|--|
|    | FILTRO PARA HEMODIALISIS, O DIALIZADORES DE MEMBRANA SINTÉTICA Y/O CELULOSA MODIFICADA DE 0.4 M <sup>2</sup> A 2.0 M <sup>2</sup> | FILTRO PARA HEMODIALISIS, O DIALIZADORES DE MEMBRANA SINTÉTICA Y/O CELULOSA MODIFICADA DE 0.4 M <sup>2</sup> A 2.0 M <sup>2</sup><br><br>B <sup>10</sup> -D DIALIZADOR DE FIBRA PUJCA DE TRIACETATO, NIPRO<br><br>FILTRO PARA HEMODIALISIS, O DIALIZADORES DE POLIÉTERSULFONA (CELULOSA MODIFICADA)<br><br>REFERENCIA: CATALOGOS F8 <sup>TM</sup> -U, PÁGINAS 1 Y 2<br><br>ÁREAS EFECTIVAS DE 0.5M <sup>2</sup> A 2.1M <sup>2</sup><br><br>REFERENCIA: CATALOGOS F8 <sup>TM</sup> -U, PÁGINA 2<br><br>MODELOS: FB-105H, 07U, 09U, 11U, 13U, 15U, 17U, 19U, 21U, 50U, 70U, 90U, 110U, 130U, 150U, 170U, 190U, 210U;<br><br>REFERENCIA: CATALOGOS F8 <sup>TM</sup> -U, PÁGINAS 1 Y 2<br><br>MARCA: NIPRO<br><br>REFERENCIA: CATALOGOS F8 <sup>TM</sup> -U, PÁGINA 1<br><br>REGISTRO SANITARIO: 0775C2013 SSA<br><br>FABRICANTE: NIPRO CORPORATION COATE FACORY |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

Folio 00510  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No | Descripción  | Propuesta del proveedor   |
|----|--|---|
|    |  | <p>FILTRO PARA HEMODIALISIS, O DIALEZADORES DE MEMBRANA SINTETICA Y/O CELULOSA MODIFICADA DE 0.4 M<sup>2</sup> A 2.0 M<sup>2</sup></p> <p>CAT. POLYFLUX- PAG. 1 Y 2</p> <p>CAT. RENOLISA- PAG. 1 Y 2</p> <p>CAT. THERMION- PAG. 1 Y 4</p> <p>CONEXIONES POLYFLUX CONEXIONES RENOLISA ERROR</p> <p>CONEXIONES DE PINAS NUEVAS</p> <p>FILTRO PARA HEMODIALISIS, O DIALEZADORES DE POLIETERSULFONA (MEMBRANA SINTETICA)</p> <p>REFERENCIA: CATALOGO ELISIO PAGINAS 1 Y 2</p> <p>ÁREAS EFECTIVAS DE 1.1M<sup>2</sup> A 2.1M<sup>2</sup></p> <p>REFERENCIA: CATALOGO ELISIO PAGINA 2</p> <p>MODELOS:</p> <p>ELISIO<sup>SM</sup>- 11H, 13H, 15H, 17H, 19H, 21H)</p> <p>REFERENCIA: CATALOGO ELISIO</p> <p>MARCA: NIPRO</p> <p>REFERENCIA: CATALOGO ELISIO PAGINA 1</p> <p>REGISTRO SANITARIO: 2559C2016 SSA</p> <p>FABRICANTE: NIPRO INDIA CORPORATION PVT. LTD</p> |
| 2  | JUEGO DE LINEAS ARTERIAL Y VENOSA, DESECHABLE, ESTÉRIL, CON CONECTORES, CON O SIN PROTECTORES DE TRANSDUCTOR DE PRESIÓN, COMPATIBLE CON LA MÁQUINA DE HEMODIALISIS DE LA MARCA CORRESPONDIENTE, CON DIFERENTES VOLUMENES DE CEBADO PARA ADULTO Y PEDIÁTRICO. | <p>JUEGO DE LINEAS ARTERIAL Y VENOSA, DESECHABLE, ESTÉRIL, CON CONECTORES, CON O SIN PROTECTORES DE TRANSDUCTOR DE PRESIÓN, COMPATIBLE CON LA MÁQUINA DE HEMODIALISIS DE LA MARCA CORRESPONDIENTE, CON DIFERENTES VOLUMENES DE CEBADO PARA ADULTO Y PEDIÁTRICO.</p> <p>JUEGO DE LINEAS ARTERIAL Y VENOSO, DESECHABLE, ESTÉRIL</p> <p>REFERENCIA: CATALOGO BLOOD TUBING SET, PÁGINA 1</p> <p>CON CONECTORES, CON PROTECTORES DE TRANSDUCTOR DE PRESIÓN</p> <p>REFERENCIA: CATALOGO BLOOD TUBING SET, PÁGINA 1</p> <p>COMPATIBLE CON LA MÁQUINA DE HEMODIALISIS DE LA MARCA CORRESPONDIENTE.</p> <p>REFERENCIA: CATALOGO BLOOD TUBING SET, PÁGINA 2</p> <p>CON DIFERENTES VOLUMENES DE CEBADO</p> <p>REFERENCIA: CATALOGO BLOOD TUBING SET, PÁGINA 2</p> <p>MODELOS: A003(M1)-V612 (M1) ADULTO</p>  |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

Folio 00511  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COLCHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No | Descripción   | Propuesta del proveedor  |
|----|---|--|
|    |   | <p>ACID/M2/ VB03 (M2) PEDIATRICO</p> <p>REFERENCIA: CATALOGO BLOOD TUBING SET, PAGINA 2</p> <p>MARCA: NIPRO</p> <p>REFERENCIA: CATALOGO BLOOD TUBING SET, PAGINA 1</p> <p>REGISTRO SANITARIO: 6373C2013 SSA</p> <p>FABRICANTES:</p> <p>NIPRO (THAILAND) CORPORATION LIMITED,</p> <p>PT. NIPRO INDONESIA JAYA Y</p> <p>NIPRO JMI COMPANY LIMITED</p>  |
| 3  | <p>ACIDO EN SOLUCIÓN LÍQUIDOS CONCENTRADOS PARA HEMODIALISIS DE ACUERDO A MARCA Y MODELO DE LA MÁQUINA CON VARIABILIDAD EN CONCENTRACIÓN DE POTASIO DE 0 O 2.0 Y CALCIO DE 2.5 O 3.5 MEQL.</p>                                | <p>ACIDO EN SOLUCIÓN LÍQUIDOS CONCENTRADOS PARA HEMODIALISIS DE ACUERDO A MARCA Y MODELO DE LA MÁQUINA CON VARIABILIDAD EN CONCENTRACIÓN DE POTASIO DE 0 O 2.0 Y CALCIO DE 2.5 O 3.5 MEQL.</p> <p>FICHA TÉCNICA ACIDO EN SOLUCIÓN (AQUACID)</p> <p>AQUACID-S-200, 0.0 K (SEN POTASIO) SOLUCIÓN A BASE DE ACIDO ACÉTICO, QUE CONTIENE DIFERENTES ELECTROLITOS Y SUSTANCIAS OLIOSAS, QUE FORMAN UNA SOLUCIÓN DIALIZANTE CON SISTEMA PROPORCIONADOR 45X. CÓDIGO AC24014A (MARCA AGUA MEDICA) AQUACID-S-100, 2.0 K (CON POTASIO) SOLUCIÓN A BASE DE ACIDO ACÉTICO, QUE CONTIENE DIFERENTES ELECTROLITOS Y SUSTANCIAS OLIOSAS, QUE FORMA UNA SOLUCIÓN DIALIZANTE CON SISTEMA PROPORCIONADOR 45X.</p> <p>CÓDIGO: AC24054A</p> <p>MARCA: AGUA MEDICA</p> <p><b>CAT. ADJUDIC. - PAG. 1 y 2</b></p> <p>ACIDO EN SOLUCIÓN LÍQUIDOS CONCENTRADOS PARA HEMODIALISIS DE ACUERDO A MARCA Y MODELO DE LA MÁQUINA CON VARIABILIDAD EN CONCENTRACIÓN DE POTASIO DE 0 O 2.0 Y CALCIO DE 2.5 O 3.5 MEQL. CAT. HD D'AMAX PAG 1 Y 2.</p> <p>CAT. AZUMEDICA, PAG. 1 y 2.</p> |
| 4  | <p>BICARBONATO DE SODIO EN POLVO O SOLUCIÓN, PARA USO NO PARENTERAL, PARA CONDUCTIVIDAD DE ACUERDO A LA MARCA DE LA MÁQUINA, PARA ACIDO ESPECÍFICO, PRESENTACIÓN EN PAQUETE O BOLSA QUE SE ADICIE A LA MÁQUINA PROPUESTA.</p> | <p>BICARBONATO DE SODIO EN POLVO O SOLUCIÓN, PARA USO NO PARENTERAL, PARA CONDUCTIVIDAD DE ACUERDO A LA MARCA DE LA MÁQUINA, PARA ACIDO ESPECÍFICO, PRESENTACIÓN EN PAQUETE O BOLSA QUE SE ADICIE A LA MÁQUINA PROPUESTA.</p> <p>BICARBONATO DE SODIO EN POLVO O SOLUCIÓN, PARA USO NO PARENTERAL, PARA CONDUCTIVIDAD DE ACUERDO A LA MARCA DE LA MÁQUINA, PARA ACIDO ESPECÍFICO, PRESENTACIÓN EN PAQUETE O BOLSA QUE SE ADICIE A LA MÁQUINA PROPUESTA.</p> <p>CAT. QUABIC.</p>  |
| 5  | <p>CANULA PARA FUNCIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA INTERNA, CONSTA DE TUBO DE ELASTÓMERO DE SILICÓN DE 15 O 30 CM. DE LONGITUD, CON OBTURADOR Y ADAPTADOR LUER LOCK, MARIPOSA</p>  | <p>CANULA PARA FUNCIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA INTERNA, CONSTA DE TUBO DE ELASTÓMERO DE SILICÓN DE 15 O 30 CM. DE</p>   |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

Folio 00512  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No | Descripción  | Propuesta del proveedor  |
|----|--|--|
|    | Y AGUJA CALIBRE 15 O 16 ADULTO Y 16 O 17 G. PEDIÁTRICO. Y CON ORIFICIO POSTERIOR AL BISEL; UN LUMEN.   | <p>LONGITUD, CON DETERMINADOR Y ADAPTADOR LUER LOCK, MARIPESA Y AGUJA CALIBRE 15 O 16 ADULTO Y 16 O 17 G. PEDIÁTRICO. Y CON ORIFICIO POSTERIOR AL BISEL, UN LUMEN.</p> <p>AGUJA ARTERIAL PARA PUNCIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA</p> <p>REFERENCIA: CATALOGO AGUJA NPRO PARA FÍSTULA ARTERIOVENOSA, PÁGINA 1</p> <p>TUBO ELÁSTICO DE 15 O 30 CM</p> <p>REFERENCIA: CATALOGO AGUJA NPRO PARA FÍSTULA ARTERIOVENOSA, PÁGINA 1 Y 2</p> <p>CALIBRE 150, 160 Y 170</p> <p>REFERENCIA: CATALOGO AGUJA NPRO PARA FÍSTULA ARTERIOVENOSA, PÁGINA 1</p> <p>ORIFICIO POSTERIOR AL BISEL</p> <p>REFERENCIA: CATALOGO AGUJA NPRO PARA FÍSTULA ARTERIOVENOSA, PÁGINA 2</p> <p>MODELOS:</p> <p>ADULTO 150 Y 160</p> <p>PEDIÁTRICO 16 Y 170</p> <p>REFERENCIA: CATALOGO AGUJA NPRO PARA FÍSTULA ARTERIOVENOSA, PÁGINA 2</p> <p>MARCA: NPRO</p> <p>REFERENCIA: CATALOGO AGUJA NPRO PARA FÍSTULA ARTERIOVENOSA, PÁGINA 1</p> <p>REGISTRO SANITARIO: 0614C2008 SSA</p> <p>FABRICANTES:</p> <p>NPRO (THAILAND) CORPORATION LTD.</p> <p>PT. NPRO INDONESIA JAYA</p> |
|    | <p>MATERIAL ESTÉRIL NECESARIO PARA CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN PARA CATÉTER O FÍSTULA, SEGÚN CORRESPONDA, CONTENIENDO AL MENOS:</p> <p>MATERIAL ESTÉRIL PARA CONEXIÓN DE CATÉTER:</p> <p>2 PARES DE GUANTES</p> <p>2 JERINGAS DESECHABLES</p> <p>8 GASAS</p> <p>1 CAMPO DE TELA ABSORBENTE MATERIAL ESTÉRIL PARA DESCONEXIÓN DE CATÉTER:</p> <p>1 PAR DE GUANTES</p> <p>8 GASAS</p> <p>2 TAPONES DE LUER LOCK PARA CATÉTER</p> <p>1 APÓSITO ESPECIAL PARA CATÉTER MATERIAL ESTÉRIL PARA CONEXIÓN DE FÍSTULA</p> | <p>MATERIAL ESTÉRIL NECESARIO PARA CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN PARA CATÉTER O FÍSTULA SEGÚN CORRESPONDA, CONTENIENDO AL MENOS</p> <p>KIT DE CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN, CAT. EQ. MARCA NTC-CD PAG. 1, 2, 3 Y 4., KIT DE CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN, GRYT, MARCA KDC, PAG. 1.</p> <p>MATERIAL ESTÉRIL PARA CONEXIÓN DE CATÉTER: 2 PARES DE GUANTES, 2 JERINGAS DESECHABLES 8 GASAS 1 CAMPO DE TELA ABSORBENTE MATERIAL ESTÉRIL PARA DESCONEXIÓN DE CATÉTER:</p>  |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS **Folio 00513**



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No | Descripción  | Propuesta del proveedor   |
|----|--|---|
|    | 1 PAR DE GUANTES<br>5 GASAS<br>2 CAMPOS DE TELA ABSORBENTE<br>MATERIAL ESTÉRIL PARA DESCONEXIÓN DE FÍSTULA<br>1 PAR DE GUANTES<br>6 GASAS<br>2 APOSITOS CIRCULARES | 1 PAR DE GUANTES<br>6 GASAS<br>2 TAPONES DE LUER LOCK PARA CATÉTER CON MATERIAL ANTISÉPTICO<br>1 APOSITO ESPECIAL PARA CATÉTER<br>MATERIAL ESTÉRIL PARA CONEXIÓN DE FÍSTULA: 1 PAR DE GUANTES<br>5 GASAS<br>2 CAMPOS DE TELA ABSORBENTE MATERIAL ESTÉRIL PARA DESCONEXIÓN DE FÍSTULA.<br>1 PAR DE GUANTES<br>6 GASAS<br>2 APOSITOS CIRCULARES |

**Anexo T 2 (T-dos)**  
**D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL COMPENDIO NACIONAL DE INSUMOS PARA LA SALUD.**

| No. | Descripción  | Propuesta del proveedor   |
|-----|--|---|
| 1   | DESCRIPCIÓN (SE DESCRIBEN PARA PRESENTACIÓN DE OFERTA TÉCNICA)   |   |
| 2   | 060.345.3149 PARA HEMODIALISIS, PEDIATRICO.<br>INSERCIÓN EN SUBCLAVIA, YUGULAR O FEMORAL, DOBLE LUMEN. CONTIENE UNA CÁNULA, UNA JERINGA DE 5 ML, UNA GUÍA DE ACERO INOXIDABLE.<br>UN CATÉTER DOBLE LUMEN CALIBRE DE 8 A 10 FR, LONGITUD 130 A 150 MM, CON OBTURADOR, UN DILATADOR Y EXTENSIONES CURVAS.<br>TIPO: MAHURKAR.<br>ESTÉRIL Y DESECHABLE | 060.345.3149 PARA HEMODIALISIS, PEDIATRICO.<br>INSERCIÓN EN SUBCLAVIA, YUGULAR O FEMORAL, DOBLE LUMEN. CONTIENE: UNA CÁNULA, UNA JERINGA DE 5 ML, UNA GUÍA DE ACERO INOXIDABLE.<br>UN CATÉTER DOBLE LUMEN CALIBRE DE 8 A 10 FR, LONGITUD 130 A 150 MM, CON OBTURADOR, UN DILATADOR Y EXTENSIONES CURVAS.<br>TIPO: MAHURKAR ESTÉRIL Y<br>DESECHABLE <b>CAT.TEMPORAL</b><br><b>MPRO</b> |
| 3   | 060.345.2301 PARA HEMODIALISIS, ADULTO.<br>DE INSERCIÓN EN SUBCLAVIA, YUGULAR O FEMORAL, DOBLE LUMEN. INCLUYE: UNA CÁNULA, UNA JERINGA DE 5 ML, UNA GUÍA DE ACERO INOXIDABLE.<br>UN CATÉTER DOBLE LUMEN CALIBRE DE 11 A 12 FR, LONGITUD DE 165 A 205 MM CON OBTURADOR Y UN DILATADOR CON EXTENSIONES CURVAS.<br>TIPO: MAHURKAR.                    | JERINGA DENTAL 5ML<br>060.345.2301 PARA HEMODIALISIS, ADULTO.<br>DE INSERCIÓN EN SUBCLAVIA, YUGULAR O FEMORAL, DOBLE LUMEN. INCLUYE: UNA CÁNULA, UNA JERINGA DE 5 ML, UNA GUÍA DE ACERO INOXIDABLE.<br>UN CATÉTER DOBLE LUMEN CALIBRE DE 11 A 12 FR, LONGITUD DE 165 A 205 MM CON OBTURADOR Y UN DILATADOR CON EXTENSIONES CURVAS.  |





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00514  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No. | Descripción   | Propuesta del proveedor   |
|-----|---|---|
|     | ESTÉRIL Y DESECHABLE.   | T.P.O. MWHURKAT.<br><br>ESTÉRIL Y DESECHABLE<br><br><b>CAT. TEMPORAL NIPRO / MEDCOM 2 PAB1<br/>JERINGA DENTILAS 5 ML.</b>   |
|     | 060.166.0533 CATÉTER PERMANENTE, PARA HEMODIALISIS.<br><br>TAMAÑO ADULTO, DE DOBLE LUMEN, DE ELASTÓMERO DE SILICÓN, CON DIÁMETROS INTERNOS DE 1.80 MM A 2.0 MM EN EL LADO ARTERIAL Y DE 2.0 MM A 3.20 MM EN EL LADO VENOSO, CON LONGITUD DE 31.5 A 37.0 CM, CON SEPARACIÓN MÍNIMA DE 2.5 CM ENTRE SEGMENTO ARTERIAL Y VENOSO, CON UN ORIFICIO LATERAL COMO MÍNIMO EN LA PARED ARTERIAL, CON EXTENSIONES Y PINZAS DE ALTA RESISTENCIA, INCLUYE EQUIPO INTRODUCIDOR EL CUAL CONTIENE:<br><br>CATÉTER DE DOBLE LUMEN<br><br>AGUIJA INTRODUCIDORA CALIBRE 18 G. INTRODUCIDOR CON CAMISA DESPRENDIBLE.<br><br>GUÍA DE ALAMBRE DE 0.035", CON LONGITUD DE 65.0 CM COMO MÍNIMO, JERINGA DE 5 ML Y 2 TAPONES DE INYECCIÓN.<br><br>ESTÉRIL Y DESECHABLE<br><br>PIEZA | 060.166.0533 CATÉTER PERMANENTE, PARA HEMODIALISIS.<br><br>TAMAÑO ADULTO DE DOBLE LUMEN, DE ELASTÓMERO DE SILICÓN, CON DIÁMETROS INTERNOS DE 1.80 MM A 2.0 MM EN EL LADO ARTERIAL Y DE 2.0 MM A 3.20 MM EN EL LADO VENOSO, CON LONGITUD DE 31.5 A 37.0 CM CON SEPARACIÓN MÍNIMA DE 2.5 CM ENTRE SEGMENTO ARTERIAL Y VENOSO, CON UN ORIFICIO LATERAL COMO MÍNIMO EN LA PARED ARTERIAL, CON EXTENSIONES Y PINZAS DE ALTA RESISTENCIA, INCLUYE EQUIPO INTRODUCIDOR EL CUAL CONTIENE:<br><br>CATÉTER DE DOBLE LUMEN.<br>AGUIJA INTRODUCIDORA CALIBRE 18 G. INTRODUCIDOR CON CAMISA DESPRENDIBLE.<br><br>GUÍA DE ALAMBRE DE 0.035", CON LONGITUD DE 65.0 CM COMO MÍNIMO, JERINGA DE 5 ML Y 2 TAPONES DE INYECCIÓN.<br><br>ESTÉRIL Y DESECHABLE<br><br>PIEZA<br><br><b>CAT. CATETER TEMPORAL NIPRO/MEDCOM<br/>PAG 2<br/>CAT. JERINGA<br/>JERINGA DENTILAS 5 ML.</b> |
|     | 060.166.0541 CATÉTER PERMANENTE, PARA HEMODIALISIS, TAMAÑO PEDIÁTRICO, DE DOBLE LUMEN, DE ELASTÓMERO DE SILICÓN, CON DIÁMETRO INTERNO DE 1.5 MM A 2.0 MM EN EL LADO ARTERIAL Y DE 1.5 MM A 1.2 MM EN EL LADO VENOSO, CON LONGITUD DE 27.0 CM A 33.0 CM CON SEPARACIÓN MÍNIMA DE 2.5 CM ENTRE SEGMENTO ARTERIAL Y VENOSO, CON UN ORIFICIO LATERAL COMO MÍNIMO EN LA PARED ARTERIAL, CON EXTENSIONES Y PINZAS DE ALTA RESISTENCIA, INCLUYE EQUIPO INTRODUCIDOR EL CUAL CONTIENE:<br><br>CATÉTER DE DOBLE LUMEN.<br><br>AGUIJA INTRODUCIDORA CALIBRE 18 G. INTRODUCIDOR CON CAMISA DESPRENDIBLE.   | 060.166.0541 CATÉTER PERMANENTE, PARA HEMODIALISIS, TAMAÑO PEDIÁTRICO, DE DOBLE LUMEN, DE ELASTÓMERO DE SILICÓN, CON DIÁMETRO INTERNO DE 1.5 MM A 2.0 MM EN EL LADO ARTERIAL Y DE 1.5 MM A 1.2 MM EN EL LADO VENOSO, CON LONGITUD DE 27.0 CM A 33.0 CM CON SEPARACIÓN MÍNIMA DE 2.5 CM ENTRE SEGMENTO ARTERIAL Y VENOSO, CON UN ORIFICIO LATERAL COMO MÍNIMO EN LA PARED ARTERIAL, CON EXTENSIONES Y PINZAS DE ALTA RESISTENCIA, INCLUYE EQUIPO INTRODUCIDOR EL CUAL CONTIENE:<br><br>CATÉTER DE DOBLE LUMEN.   |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

Folio 00515  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No. | Descripción  | Propuesta del proveedor  |
|-----|--|--|
|     | GUIA DE ALAMBRE DE 0.038", CON LONGITUD DE 68.0 CM COMO MÍNIMO. JERINGA DE 5 ML Y 2 TAPONES DE INYECCIÓN. ESTÉRIL Y DESECHABLE.            | AGUIA INTRODUCTORA CALIBRE 18 G. INTRODUTOR CON CAM/SA DESPRECIBLE. GUIA DE ALAMBRE DE 0.038", CON LONGITUD DE 68.0 CM COMO MÍNIMO. JERINGA DE 5 ML Y 2 TAPONES DE INYECCIÓN. ESTÉRIL Y DESECHABLE.<br><br><b>CAT. CATETER NIPRO / MEDCOM PAG. 2</b><br><b>CAT JERINGA.</b><br><b>JERINGA DENTILAS 5 ML.</b> |
| 6   | INJERTOS, TUBULAR Y ANILLADO PARA HEMODIALISIS, DE POLIURETANO, O PTFE, ESTÉRIL Y DESECHABLE. LONGITUD 40 A 60 CM., X 5. MM., DE DIÁMETRO. | INJERTOS, TUBULAR Y ANILLADO PARA HEMODIALISIS DE POLIURETANO, O PTFE, ESTÉRIL Y DESECHABLE. LONGITUD 40 A 60 CM., X 5. MM., DE DIÁMETRO.<br><b>CAT. GORE. PAG. 1 Y 2</b>  |
| 7   | INJERTOS, TUBULAR Y ANILLADO PARA HEMODIALISIS, DE POLIURETANO, O PTFE, ESTÉRIL Y DESECHABLE. LONGITUD 40 A 60 CM., X 5 MM., DE DIÁMETRO.  | INJERTOS, TUBULAR Y ANILLADO PARA HEMODIALISIS DE POLIURETANO, O PTFE, ESTÉRIL Y DESECHABLE. LONGITUD 40 A 60 CM., X 5 MM., DE DIÁMETRO.<br><b>CAT. GORE. PAG. 1 Y 2</b>   |
| 8   | INJERTOS, TUBULAR Y ANILLADO PARA HEMODIALISIS, DE POLIURETANO, O PTFE, ESTÉRIL Y DESECHABLE. LONGITUD 40 A 60 CM., X 8 MM., DE DIÁMETRO.  | INJERTOS, TUBULAR Y ANILLADO PARA HEMODIALISIS DE POLIURETANO, O PTFE, ESTÉRIL Y DESECHABLE. LONGITUD 40 A 60 CM., X 8 MM., DE DIÁMETRO.<br><b>CAT. GORE. PAG. 1 Y 2</b>   |

VERACRUZ, VER. A 23 DE DICIEMBRE DEL 2023.  
 ATENTAMENTE  
 Proceso lo necesario

C.P. VICTOR ALARCON PELAEZ  
 REPRESENTANTE LEGAL  
 OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA, S.A. DE C.V.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00516  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

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

| NO. | DESCRIPCIÓN   | PROPUESTA DEL PROVEEDOR  |
|-----|---|--|
| 1   | RECLINABLES QUE LOGREN UN DECUBITO DORSAL ADECUADO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS DURANTE LA SESIÓN. | CATÁLOGO SILLON PARA HEMODIALISIS. HOJA 1<br>CATÁLOGO NIPRO<br><br>CATÁLOGO SILLON PARA HEMODIALISIS. HOJA 1 |
| 2   | SEGUROS PARA EL PACIENTE Y PERSONAL DE ENFERMERIA   | CATÁLOGO SILLON PARA HEMODIALISIS. HOJA 1<br>CATÁLOGO NIPRO  |
| 3   | VIDA MEDIA PROMEDIO DE USO DE UN AÑO  | VIDA PROMEDIO DE USO DE UN AÑO<br>CATÁLOGO NIPRO   |
| 4   | DE FÁCIL LIMPIEZA   | CATÁLOGO SILLON PARA HEMODIALISIS. HOJA 1<br>CATÁLOGO NIPRO  |
| 5   | ERGONÓMICAMENTE DISEÑADO QUE PERMITA EL TRENDEMBURG POR CADA MAQUINA                              | CATÁLOGO SILLON PARA HEMODIALISIS. HOJA 1<br>CATÁLOGO NIPRO  |
| 6   | CON SISTEMA DE FRENO CON ALTAS LATERALES EN AMBOS LADOS.  | CATÁLOGO NIPRO   |

VERACRUZ, VER. A 28 DE DICIEMBRE DEL 2023

ACENTAMIENTO

Protesto lo necesario

C.P. VICTOR ALARCON PELAEZ  
 REPRESENTANTE LEGAL

OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA, S.A. DE C.V.

A.C. LSA/L.D. AG/L.D. LFQB



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00517  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NUMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

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

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

| No | Descripción  | Propuesta del proveedor  |
|----|--|--|
|    | DESCRIPCIÓN: Equipo para el tratamiento de pacientes con falla renal o con otros padecimientos que requieran de ultrafiltración sanguínea y eliminación de exceso de líquidos del organismo (substitución) para uso en neonatos, pediatría y adulto a través de terapias dialíticas. | Manual del Operador máquinas DIMAX V1 A22, 1.3.1.<br>DESCRIPCIÓN: El equipo de diálisis DIMAX está indicado para utilizarse, por Prescripción facultativa, en tratamientos de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal o sobrecarga de líquido.<br>El equipo de hemodiálisis DIMAX está indicado para su uso en pacientes con un peso corporal de 25 kg o más.<br>Manual del operador DIMAX, A.23 1.3.1 El tratamiento de pacientes con un peso inferior a 25 kg se debe realizar bajo la supervisión del médico. En estos casos, se recomienda tomar medidas adicionales, para controlar la pérdida de peso del paciente según el tratamiento de referencia para pacientes con bajo peso corporal de lo contrario, podrían producirse graves consecuencias adversas, como hipotensión e hipotermia.<br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIMAX.</b><br><br><b>CAPITULO 1.</b><br><b>PROPOSITO DE ESTA MAQUINA Y CONTRAINDICACION.</b><br><b>SUBINCICE 1.1 PROPOSITO ENTENDIDO DE ESTA MAQUINA</b><br><br>Hoja 1-1<br><br><b>FABRICANTE:</b><br>YAC ELEX CO LTD<br><br><b>MARCA:</b><br>YPRD<br><br><b>MODELO:</b><br>DIMAX<br><br><b>Registro Sanitario:</b><br>075422035 SSA |
|    | 1.- Máquina de hemodiálisis con tecnología basada en electrodialisis.  | Manual del operador 1.3 (no previsto). (A.22) Equipo de diálisis DIMAX- Antes de empezar 1) 1.3.1 (no previsto).<br>El equipo de diálisis DIMAX está indicado para utilizarse por prescripción facultativa en el paciente para la realización de tratamientos de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal o sobrecarga de líquido.<br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DIMAX.</b><br><br>Hoja 7-1.<br><br>PUNTO 7.  |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00518  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No | Descripción   | Propuesta del proveedor  |
|----|---|--|
|    | 2.- Con capacidad de administración de diálisis a través de un sistema de cómputo.          | <p>SUBINDICE 26</p> <p>Manual del operador DIAMAX, A 10, 1.2.6. El equipo de diálisis AK 95 está equipado con tres conectores de interfaz en la parte posterior: un conector D-Sub de 25 pines, un conector USB y un conector de Ethernet. Puerto Ethernet. Este puerto debe utilizarse un técnico autorizado. Consulte la Sección 1.2.6 "Conexión de equipos electrónicos externos" en la página A-19. Puerto USB. Este puerto debe utilizarse un técnico autorizado. Consulte la Sección 1.2.6 "Conexión de equipos electrónicos externos" en la página A-19. Manual del operador DIAMAX, A.54.A.56. Costuras del panel remoto. Solamente un técnico de mantenimiento autorizado puede utilizar estas costuras. Puerto de comunicación externa. Este puerto debe utilizarse un técnico autorizado. Puede utilizarse para mantenimiento y conexión de sistemas informáticos externos y alarmas externas. Manual del operador DIAMAX A.184.12.1. El equipo de diálisis AK 95 se puede configurar para que se comuniquen con el SIC, Sistema de información clínica. Si se configura, el equipo de diálisis AK 95 enviará periódicamente datos de tratamiento al SIC. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</p> <p>CAPÍTULO 9, Configuración del panel de operación</p> <p>SUBINDICE 9.6, Nombres y funciones de la sección de la fuente de energía.</p> <p>Hoja 9-6</p> <p>TABLA</p> <p>Numeral 151.</p> <p>CATÁLOGO DIAMAX.</p> <p>Hoja 4.</p> <p>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Funciones</p> <p>Puerto de conexión a computadora para resaltar los parámetros de tratamiento.</p> |
|    | 3.- Que trabaje con bicarbonato en polvo, sustituto o en solución (para uso no parenteral). | <p>Manual del operador DIAMAX, A : 2F, tabla 1-5</p> <p>Concentrado de bicarbonato en polvo para la preparación de líquido de diálisis con bicarbonato junto con el concentrado A líquido estéril.</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</p> <p>CAPÍTULO 7, ESPECIFICACIONES</p> <p>SUBINDICE 7.1 Funciones principales de la máquina</p> <p>Hoja 7-2</p>   |
|    | 4.1.- Temperatura del líquido dializante dentro del rango de 35 a 38 grados centígrados.    | <p>Manual del Operador DIAMAX, A198, 14.1.5 Precisión: -1.0/+2.5 °C en la salida del líquido de diálisis del equipo, con la condición de que la temperatura del líquido de diálisis sea igual o superior a la temperatura ambiente. Seleccionable por el usuario de 33 a 40 °C</p> <p>Manual del operador DIAMAX, A 20A, 14.2.4 Límites de alarma Alarma de temperatura alta (p4) 43 °C (+0.5 °C) Alarma de temperatura baja (p4) 32.5 °C (+0.5 °C)</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</p> <p>CAPÍTULO 14, FUNCIONAMIENTO DE LA MÁQUINA CON PACIENTE</p> <p>SUBINDICE 14.3.4 Proceso de preparación de diálisis</p> <p>Hoja 14-10</p>  |

L.C. LSA/ L.D. AG/ L.D. LFQB



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00519  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No   | Descripción  | Propuesta del proveedor  |
|------|--|--|
|      |  | PARAMETROS VISUALIZABLES EN LOS TRES BOTONES DE LA PANTALLA CENTRAL.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 7, ESPECIFICACIONES<br>SUBINDICE 7.9.8 Temperatura del Dialisado.<br>Hoja 7-7<br>TABLA.<br><br>CATÁLOGO DIAMAX.<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Temperatura de dialisado.  |
| 4.2- | Flujo del líquido dializante dentro del rango de 300 a 800 ml/min o mayor.   | Manual del operador DIAMAX, A.198, 14.1.5 tabla 14-8<br>Seleccionable por el usuario de 300 a 800 mL/min<br>Precisión: ± 10 % o 50 ml/min, el mayor de los dos.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 7, ESPECIFICACIONES<br>SUBINDICE 7.9.9. Velocidad de Flujo de Dialisado.<br>Hoja 7-7<br><br>TABLA<br><br>CATÁLOGO DIAMAX.<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Flujo de dialisado. |
| 4.3- | Flujo de sangre dentro del rango de 15 ml/min a 500 ml/min.  | Manual del operador DIAMAX, A.198, 14.1.1<br>Velocidad de flujo del segmento de la bomba de 5 cm.<br>Seleccionable por el usuario entre 20 y 800 mL/min.<br>Velocidad de flujo del segmento de la bomba de 3.9 mm<br>Seleccionable por el usuario entre 20 y 225 mL/min.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 7, Especificaciones.<br>SUBINDICE 7.10.4. Bomba de sangre<br>Hoja 7-9<br>TABLA   |
| 4.4- | Nivel de Bicarbonato programable (perfil o perfil de bicarbonato) durante el proceso de hemodiálisis dentro del rango de 28 a 40 mEq/L o 28 a 40 mmol/L o 2.4 a 4 meq/L. | Manual del Operador DIAMAX, A.198, 14.1.5 tabla 14-8<br>Seleccionable por el usuario HCO3- de 28 a 40 mmol/L<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 7, Especificaciones.<br>SUBINDICE 7.9.7. Dosis de Bicarbonato<br>Hoja 7-6<br>TABLA   |
| 4.5- | Nivel de sodio programable durante el proceso de la hemodiálisis dentro del rango de 130 a 150 mEq/L o 130 a 150 mmol/L o 12.8 a 15.7 meq/L.                             | Manual del Operador DIAMAX, A.25 12.2.1 148 rango configurable (130-150 mmol/L)<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br><br>CAPITULO 7, Especificaciones.<br>SUBINDICE 7.9.7. Dosis de Bicarbonato<br>Hoja 7-6<br>TABLA  |
| 4.6- | Sistema de control de la ultrafiltración con tasa dentro del rango de 0.0 a 3.6L/h. o de 0.0 a 3 kg/h.   | Manual del Operador DIAMAX, A.198 14.1.6<br>Seleccionable por el usuario hasta un máximo de 10,000 L.<br>Precisión: ± 50 mL o ± 50 mL/h a duración de tratamiento estándar (30) o ± 2.5 % del volumen de UF acumulado, el mayor de los dos. Coeficiente de UF del dializador: Máximo 55 mL/hora. Tasa de UF: 0.0 a   |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

Folio 00520  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COLCHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No | Descripción   | Propuesta del proveedor   |
|----|---|---|
|    |   | <p>4.13.1.3. Determinado por la duración del tratamiento y el volumen de UF seleccionable por el usuario.</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN D'AMAX.<br/>         CAPITULO 7, Especificaciones<br/>         SUBINCISO 7.9.4. Utilización<br/>         Hoja 7-6</p> <p>TABLA<br/>         CATALOGO D'AMAX<br/>         Hoja 4<br/>         ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br/>         Control de ultrafiltración</p>  |
|    | 4.7.- Sistema integrado de extracción para anticoagulación (bomba de heparina) de 0.5 ml/h a 5 ml/h. Con un flujo de infusión dentro del rango de 0.1 a 9.9 ml/h en incrementos de 0.5ml/h. | <p>Manual del Operador DIMAX A37 2.1.2 detalles de los componentes de la parte de flujo sanguíneo: Banda de heparina La banda de heparina incluye una jeringa que contiene solución de heparina. La bomba distribuye heparina por la línea de sangre para este circuito sanguíneo. Manual del Operador DIMAX A196, 14.1.2 Velocidad de flujo de la bomba de heparina Seleccionable por el usuario de 0 a 10 ml/h en incrementos de 0.1 ml/h Presión: +5 ml/h o +5 lb a una limitación máxima de 400 mmHg. la que sea mayor Volumen de bote: Seleccionable por el usuario de 0 a 10 ml. Presión: + 0.2 ml/h o +5 lb a una compensación máxima de 400 mmHg. la que sea mayor.</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN D'AMAX.<br/>         CAPITULO 7, Especificaciones.<br/>         SUBINCISO 7.10.5 Banda de heparina<br/>         Hoja 7-8<br/>         TABLA<br/>         CATALOGO D'AMAX<br/>         Hoja 4<br/>         ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br/>         Banda de heparina.</p> |
|    | 5.- Que tiene Centro de alarma con alarmas críticas:  |   |
|    | 5.1.- Presión arterial en línea   | <p>Manual de alarmas 1.2 Alarmas de prioridad alta (B.29, B.30, B.32, B.35, B.36, B.38, B.47 Equipo de diálisis AK 99 - Alarmas 3) 110 Presión de sangre diálisis alta 111 Presión sanguínea media alta 112 Presión de sangre sistólica alta 113 Presión de sangre diastólica baja 117 Presión sanguínea media baja 119 Presión de sangre sistólica baja 223 Sensores de SPM.</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN D'AMAX.<br/>         CAPITULO 13, CONFIGURACIÓN DE ALARMAS Y SU MÉTODO DE RESETEO<br/>         Hoja 10-1</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN D'AMAX.<br/>         CAPITULO 17, Monitor de Presión Sanguínea No Invasiva (Coard)<br/>         SUBINCISO 17.3 ALARMAS.<br/>         Hoja 9<br/>         TABLA<br/>         ALARMAS No.0001 LIMITE SUPERIOR SISTOLICO<br/>         ALARMAS No.0001 LIMITE SUPERIOR SISTOLICO<br/>         ALARMAS No.0002 LIMITE SUPERIOR SISTOLICO</p>  |

L.C. LSA/ L.D. AGL/ L.D. LFQB

DEPARTAMENTO DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

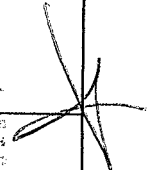
UNIDAD DE HEMODIALISIS **Folio 00521**



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No    | Descripción   | Propuesta del proveedor  |
|-------|---|--|
|       |   | ALARMAS NÚMERO LIMITE INFERIOR<br>CÍSTICO<br><br>CATALOGO DIAMAX.<br><br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.<br>Sistemas de seguridad con alarmas auditivas y visuales.<br>Alarma del monitor de presión sanguínea de invasiva (SPM).  |
| 5.2.- | Detector de aire.   | Manual del Operador DIAMAX A.35 2.1. 2. Detalles de los<br>conectores de la parte de fuga sanguínea. Detector de<br>aire El detector de aire alberga una cámara de gases<br>venosa. Para abrir la tapa del detector de aire, tire de la<br>pestilla de apertura hacia usted a tiempo que presiona<br>con fuerza el centro de la tapa. Se emite una alarma si<br>el nivel de sangre en la cámara de gases disminuye por<br>la presencia de aire o espuma.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br><br>CAPÍTULO 10. Activación de Alarmas y su método de reseteo.<br>SUBÍNDICE 10.5. Números para alarmas e información<br>Hoja 10-21<br>TABLA<br>ALARMAS 0100 BURBUJA DETECTADA EN LA LINEA<br><br>CATALOGO DIAMAX.<br><br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.<br>Sistemas de seguridad con alarmas auditivas y visuales.<br>Detector de Burbuja de Aire. |
| 5.3.- | Detector de fugas sanguíneas.                                       | Manual del Operador DIAMAX A.47 2.2. 2. Componentes de<br>la parte de fuga de líquido. Detector de fugas de sangre<br>El detector de fugas de sangre comprueba si hay sangre<br>en el líquido de diálisis.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br><br>CAPÍTULO 10. Activación de Alarmas y su método de reseteo.<br>SUBÍNDICE 10.5. Números para alarmas e información<br>Hoja 10-22<br>TABLA<br>ALARMAS 0110 FUGA DE SANGRE DETECTADA.<br><br>CATALOGO DIAMAX.<br><br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.<br>Sistemas de seguridad con alarmas auditivas y visuales.<br>Detector de Fuga de Sangre.  |
| 6.-   | Pantalla LCD o plasma o tecnología superior integrada a la máquina. | Manual del Operador DIAMAX A.61 3.4.1 Descripción<br>general de la pantalla. La pantalla táctil contiene los<br>menús y botones necesarios para preparar, poner en<br>marcha, finalizar y monitorear el equipo de diálisis.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br><br>CAPÍTULO 5 CONFIGURACIÓN DEL PANEL DE OPERACIÓN.<br>SUBÍNDICE 5.2. Nombres y funciones del panel de operación.<br>Hoja 5-2<br>TABLA<br>Numeral 18<br>Numeral 30  |







INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

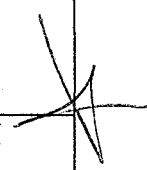
Folio 00522  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No  | Descripción  | Propuesta del proveedor   |
|-----|--|---|
|     |  | CATÁLOGO DAMAX.<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.<br>Funciones.<br>Pantalla LCD a color de 12 pulgadas con panel sensible al tacto.<br>CATÁLOGO DAMAX.<br>Hoja 3.<br><b>PANTALLA LCD DE 12 PULGADAS CON PANEL TÁCTIL.</b>  |
| 7.- | Capacidad de aceptar al menos tres tipos de perfiles de sodio. | Manual del Operador DAMAX A 198, 14.1.7 Perfil de Sodio de 40. Seleccionable por el usuario hasta un máximo de 40. Modo No-Bicarbonato. Seleccionable por el usuario entre 130 y 150 mmol/L. Modo HCO3-Bicarbonato. Seleccionable por el usuario entre 20 y 40 mmol/L.<br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DAMAX.</b><br>CAPÍTULO 7. Especificaciones.<br>SUBINCISIO 7.13. Especificaciones de Software.<br>Hoja 7-13.<br>PUNTO (3) Perfil A<br>INCISO (5) Perfil A<br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DAMAX.</b><br>CAPÍTULO 14. Funcionamiento de la Máquina con Paciente.<br>PUNTO 14.17. Perfil de la máquina DAMAX.<br>SUBINCISIO 14.17.1 Perfil de Sodio y Bicarbonato.<br>Hoja 14-38<br>CATÁLOGO DAMAX.<br>Hoja 3.<br><b>PERFILES PROGRAMABLES.</b> |
|     | 8.- Control de presión en circuito de                          |   |
|     | 8.1.- Presión arterial del circuito                            | Manual del Operador DAMAX A.62, A.63 3.4.2 Control de presión venosa y arterial. Los controles de presión indican la presión en la línea de sangre procedente del paciente y la resistencia de la sangre que retorna a él. En los controles de presión se muestran también los límites de alarma correspondientes. Pulse el control de presión venosa o arterial para abrir la ventana de control de presión. Utilice la ventana de control de presión para ajustar los límites de alarma para la presión venosa y la presión arterial.<br><b>MANUAL DE OPERACIÓN DAMAX.</b><br>CAPÍTULO 12 OPERACIÓN DE LA MÁQUINA.<br>SUBINCISIO 12.2. Configuración de la pantalla principal.<br>Hoja 12-3<br>TABLA<br>Numeral 1<br>Numeral 2        |
|     | 8.2.- Presión venosa del circuito.                             | Manual del Operador DAMAX A.63 3.4.2 Control de presión venosa y arterial. Los controles de presión indican la presión en la línea de sangre procedente del paciente y la resistencia de la sangre que retorna a él. En   |





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 0052:  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No   | Descripción                   | Propuesta del proveedor   |
|------|-------------------------------|---|
|      |                               | Los controles de presión se muestran en los límites de alarma correspondientes. Pulse el control de presión venosa o arterial para abrir la ventana de control.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br>SUBSECCIÓN 12.2. Configuración de la pantalla principal, Hoja 12-3<br>TABLA<br>Número 1<br>Número 2   |
| 8.3. | Presión transcatéterica.      | Manual del Operador DIAMAX A.204 14.2.5 TMP se define como la diferencia de P0 cat - P0 out, donde P0 cat es la presión venosa y P0 out es la presión media en el líquido de dialisis donde está en el equipo después del difusor. El valor de P1M que se muestra se compensa para la diferencia vertical entre los puntos de medición. Límites de alarma seleccionable por el usuario: entre -200 y 500 mmHg (rango de alarma mínimo predeterminado -100 mmHg, límite de alarma máximo predeterminado 400 mmHg). Precisión: ±10 mmHg o ±5 %, el mayor de los dos (centro del rango ±500 mmHg).<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br>SUBSECCIÓN 12.2. Configuración de la pantalla principal, Hoja 12-3<br>TABLA<br>Número 2 |
| 8.4. | Flujo de líquido dializante.  | Manual del Operador DIAMAX A.108 tabla 16-6 14.1.5 Seleccionable por el usuario de 300 a 800 mL/min. Precisión: ±10 % o 50 mL/min, el mayor de los dos.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA<br>SUBSECCIÓN 12.2. Configuración de la pantalla principal, Hoja 12-3<br>TABLA<br>Número 2  |
| 8.5. | Flujo de sangre.              | Manual del Operador DIAMAX A.65 3.4.13 Valor General de Tratamiento En los campos de diagnóstico del tratamiento se muestran los valores reales del tratamiento. Estos campos son indicadores del progreso del tratamiento. Pulse un campo para abrir el menú que contiene la función correspondiente.<br>FS: velocidad de flujo de sangre en mL/min. Pulse el campo para abrir el Menú Sangre.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br>SUBSECCIÓN 12.2. Configuración de la pantalla principal, Hoja 12-3<br>TABLA<br>Número 5   |
| 8.6. | Tasa de infusión de heparina. | Manual del Operador DIAMAX A.55 3.4.10. HEP AD: volumen de heparina acumulado en mL desde el inicio del tratamiento.  |

L.C. LSA/L.D. AGL/L.D. LFQB  
 DEPARTAMENTO DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00524  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA UMÓN, NÚMERO 1001, CÓLCHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No     | Descripción  | Propuesta del proveedor   |
|--------|--|---|
|        |  | MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX<br><br>CAPÍTULO 12 OPERACIÓN DE LA MÁQUINA.<br>SUBÍNDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal.<br>Hoja 12-3<br>TABLA<br>Número 6   |
| 8.7.-  | Tasa de ultrafiltración.   | Manual del Operador DIAMAX A-65 3.4.10<br>Tasa de Ultrafiltración en 2%. Pulse el campo para abrir el Menú Líquido.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br><br>CAPÍTULO 12 OPERACIÓN DE LA MÁQUINA.<br>SUBÍNDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal.<br>Hoja 12-3<br>TABLA<br>Número 6   |
| 8.6.-  | Conductividad del dializante.  | Manual del Operador DIAMAX A-70 y A-72, 3.4.10<br>Conductividad calibrada (C/P): conductividad de líquidos de diálisis calibrada (lectura de conductividad de C/P) registrarse en los valores de color y frecuencia.<br>• Conductividad real (C/P): lectura de la conductividad real del líquido de diálisis (lectura de conductividad protegido C/P)<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br><br>CAPÍTULO 12 OPERACIÓN DE LA MÁQUINA.<br>SUBÍNDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal.<br>Hoja 12-3<br>TABLA<br>Número 2   |
| 8.5.-  | Volumen de sangre procesada.   | Manual del Operador DIAMAX A-65 3.4.10<br>Volumen General del Tratamiento.<br>TS AC: volumen de sangre acumulado en L desde el comienzo del tratamiento. Pulse el campo para abrir el Menú Sangre.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br><br>CAPÍTULO 12 OPERACIÓN DE LA MÁQUINA.<br>SUBÍNDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal.<br>Hoja 12-3<br>TABLA<br>Número 2  |
| 8.13.- | Temperatura del líquido dializante.  | Manual del Operador DIAMAX A: 159, 14.1.5<br>Seleccionable por el usuario de 30 a 40 °C Presión: 110-2,5 °C en la sonda del líquido de diálisis del equipo, con la condición de que la temperatura del líquido de diálisis sea igual o superior a la temperatura ambiente. Límite de alarma: Seleccionable por el usuario de 32,5 a 40 °C (límite de alarma mínimo predefinido de 35 °C, límite de alarma máximo predefinido de 38 °C).<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br><br>CAPÍTULO 12 OPERACIÓN DE LA MÁQUINA.<br>SUBÍNDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal.<br>Hoja 12-3<br>TABLA<br>Número 2 |
| 8.11.- | Presión arterial del paciente (sistólica y diastólica), frecuencia cardíaca. | Manual del Operador DIAMAX A-141 8.1, 8.2.6.3, 8.4<br>Monitor de presión arterial. El monitor de presión  |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

Folio 00525  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No    | Descripción                                       | Propuesta del proveedor  |
|-------|---|--|
|       |   | <p>sanguínea (BPM) mide la presión sanguínea y la frecuencia de pulso. El BPM se utiliza para supervisar la presión sanguínea del paciente con el fin de advertir en caso de hipertensión o hipotensión. Método directo de la presión sanguínea. Procedimiento: MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</p> <p>CAPÍTULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br/>         SUBSECCIÓN 12.2. Configuración de la pantalla principal.<br/>         Hoja 12-3<br/>         TABLA<br/>         Numeral 2</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</p> <p>CAPÍTULO 14 FUNCIONAMIENTO DE LA MAQUINA CON PACIENTE.<br/>         SUBSECCIÓN 14.9 Proceso de diálisis.<br/>         Hoja 14-30<br/>         TABLA<br/>         Numeral 1</p>  |
| 6.12- | Tiempo transcurrido o restante de diálisis        | <p>1) - Pulse el campo de lectura BPM. Se inicia la medición. El botón que se encuentra en el campo de lectura empieza a parpadear y BPM parpadear en la barra de estado.<br/>         MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</p> <p>CAPÍTULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br/>         SUBSECCIÓN 12.2. Configuración de la pantalla principal.<br/>         Hoja 12-3<br/>         TABLA<br/>         Numeral 7</p>  |
| 8.15- | Volumen de ultrafiltración conseguido.            | <p>Manual de Operador DIAMAX A-63 3.4.4 Tiempo: El indicador de tiempo muestra el tiempo que queda, por ejemplo, durante un tratamiento en curso o un programa de desintoxicación. El tiempo se indica en minutos. Durante el tratamiento, tiempo que queda de la duración total del tratamiento.<br/>         MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</p> <p>CAPÍTULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.<br/>         SUBSECCIÓN 12.2. Configuración de la pantalla principal.<br/>         Hoja 12-3<br/>         TABLA<br/>         Numeral 6</p>  |
| 9.-   | Cinco sistemas de alarmas audibles y visuales de: | <p>Manual de operador DIAMAX B12 Alarmas 4.1 Generalidades acerca de las alarmas 4.1.1 Indicación de alarma Existen dos niveles de alarma que corresponden a alarma de prioridad alta y alarma de prioridad media. Cuando se emite una alarma, el equipo le indica de la siguiente forma: La pestaña Alarma parpadear. La pestaña Alarma se vuelve de color rojo y se muestra el mensaje de alarma. Si hay un menú abierto, se muestra el título de la alarma (intermitente) sobre el. La luz indicadora situada sobre la pantalla parpadear. • Una luz roja intermitente (frecuencia 2.5 Hz) indica una alarma de prioridad alta. La luz deja de parpadear cuando se corrige la causa de la alarma. • Una luz amarilla intermitente (frecuencia 0.5Hz) indica una alarma de prioridad media. La luz deja de parpadear cuando se corrige la causa de la alarma. Si una alarma sonara</p> |

L.C. LSA / L.D. AGU / L.D. LFQB  
 DEPARTAMENTO DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCENTRALIZADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00526  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NUMERO 1001, COLCHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No   | Descripción                    | Propuesta del proveedor  |
|------|--------------------------------|--|
|      |                                | <p>Para las alarmas de presión alta, la alarma es un sonido rítmicamente de dos grupos de dos tonos que se repiten. Se produce una pausa de 1 segundo después de los primeros cinco tonos y una pausa de 3.5 segundos después de los segundos cinco tonos.</p>   |
| 9.1- | Presión arterial del paciente. | <p>Manual del operador DAMAX B55 Alarmas 114 Presión arterial (Pa). Acción: Cuando la presión arterial del paciente llega al límite de alarma máximo establecido, la presión arterial es la presión en la línea de sangre que viene de un paciente. Acciones de la máquina: • La bomba de sangre se detiene. • La pila de la línea de sangre venosa se cierra. • La tasa de circulación se establece en cero.</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN DAMAX.</p> <p>CAPÍTULO 10 ACTIVACIÓN DE ALARMAS Y SU MÉTODO DE RESETEO.<br/>     Hoja 16-1</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN DAMAX.</p> <p>CAPÍTULO 10 Activación de Alarmas y Método de Reseteo.<br/>     SUBSECCIÓN 10.9 Números para alarmas e información.<br/>     Hoja 16-17.</p> <p>ALARMAS<br/>     0001 LÍMITE SUPERIOR DE PRESIÓN ARTERIAL (Pa4).<br/>     0002 LÍMITE INFERIOR DE PRESIÓN ARTERIAL (Pa4).<br/>     0003 MÁXIMA PRESIÓN ARTERIAL (Pa4).<br/>     0004 MÍNIMA PRESIÓN ARTERIAL (Pa4).<br/>     CATALOGO DAMAX.</p> <p>Hoja 4.<br/>     ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br/>     Señales de seguridad con lámparas auditivas y visuales.<br/>     Alarmas de presión venosa, arterial, transmembrana y de circuito.</p> |
| 9.2- | Presión venosa del paciente.   | <p>Manual del operador DAMAX B55 Alarmas 114 Presión venosa (Pv). Acción: Cuando la presión venosa del paciente llega al límite de alarma máximo establecido, la presión venosa es la resistencia de la sangre que retorna al paciente. Acciones de la máquina: • La bomba de sangre se detiene. • La tasa de circulación se establece en cero. • La pila de la línea de sangre arterial se cierra en el modo de una sola aguja.</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN DAMAX.</p> <p>CAPÍTULO 10 Activación de Alarmas y su método de Reseteo.<br/>     SUBSECCIÓN 10.9 Números para alarmas e información.<br/>     Hoja 16-19.</p> <p>ALARMAS<br/>     0001 LÍMITE SUPERIOR DE PRESIÓN VENOSA (Pv4).<br/>     0002 LÍMITE INFERIOR DE PRESIÓN VENOSA (Pv4).<br/>     0003 MÁXIMA PRESIÓN VENOSA (Pv4).<br/>     0004 MÍNIMA PRESIÓN VENOSA (Pv4).<br/>     CATALOGO DAMAX.</p> <p>Hoja 4.<br/>     ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:</p>   |

L.C. ISA/L.D. AG/L.D. LFQB  
 DEPARTAMENTO DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00527  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No                                 | Descripción | Propuesta del proveedor   |
|------------------------------------|-------------|---|
| 9.3 - Presión transmembrana        |             | <p>Sistemas de seguridad con alarmas auditivas y visuales.<br/>         Alarmas de presión venosa, arterial, transmembrana y de flujo.<br/>         Sistemas de seguridad con alarmas auditivas y visuales.</p> <p>Manual del operador DAMAX B64 Alarmas 217 La PTM es muy alta Aparece: Cuando la presión transmembrana (PTM) ha llegado al límite de alerta máximo establecido. B65 Alarmas 218 La PTM es muy baja Aparece: Cuando la presión transmembrana (PTM) ha llegado al límite de alerta mínimo establecido.</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN DAMAX.</p> <p>CAPÍTULO 10. Activación de Alarmas y su método de Reseteo.<br/>         SUBSECCIÓN 10.5 Números para alarmas e información.<br/>         Hoja 10-25</p> <p>ALARMAS<br/>         0151 LIMITE SUPERIOR DE PRESION TRANSMEMBRANA.<br/>         0151 LIMITE INFERIOR DE PRESION TRANSMEMBRANA.</p> <p>CATÁLOGO DAMAX.</p> <p>Hoja 4.<br/>         ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br/>         Sistemas de seguridad con alarmas auditivas y visuales.<br/>         Alarmas de presión venosa, arterial, transmembrana y de flujo.</p> |
| 9.4 - Flujo del equipo dializador. |             | <p>Manual del operador DAMAX B28 Alarmas 108 Obstrucción del circuito de líquido. Presión del circuito de sangre muy alta. Compruebe el circuito y asegure que la bomba de sangre. Aparece: Cuando el circuito de líquido está bloqueado.<br/>         Acciones de la máquina: La bomba de sangre se detiene.</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN DAMAX.</p> <p>CAPÍTULO 10. Activación de Alarmas y su método de Reseteo.<br/>         SUBSECCIÓN 10.5 Números para alarmas e información.<br/>         Hoja 10-24</p> <p>ALARMAS<br/>         0123 FALLA DE SENSOR DE FLUJO 2 (DIALIZADO)<br/>         0124 TIEMPO EXCEDIDO EN SENSOR DE FLUJO 2 (DIALIZADO).<br/>         0125 TIEMPO EXCEDIDO EN SENSOR DE FLUJO 2 (DIALIZADO).</p>  |
| 9.5 - Flujo de sangre              |             | <p>Manual del operador DAMAX B116 Alarmas 438 Obstrucción del circuito de líquido. Presión del circuito de sangre muy alta. Compruebe el circuito y asegure que la bomba de sangre. Aparece: Cuando el equipo detecta una obstrucción en el circuito extracorpóreo (líneas de sangre y dializador) o en el circuito de líquido. Acciones de la máquina: La bomba de sangre se detiene. Acción del operador: Compruebe que no haya obstrucciones en el circuito extracorpóreo, por ejemplo, líneas de sangre retorcidas o coaguladas en el dializador y/o en las líneas de sangre. Vuelva a arrancar la bomba de sangre cuando se haya corregido la obstrucción. Tiempo de silencio: 2 minutos.</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN DAMAX.</p> <p>CAPÍTULO 10. Activación de Alarmas y su método de Reseteo.<br/>         SUBSECCIÓN 10.5 Números para alarmas e información.<br/>         Hoja 10-29</p> <p>ALARMAS</p>  |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00528  
 UNIDAD DE HEMODIÁLISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No   | Descripción    | Propuesta del proveedor  |
|------|----------------|--|
|      |                | <p>0210 FALLA DE BOMBA DE SANGRE ARTERIAL.<br/>         0211 PROBLEMA EN BOMBA DE SANGRE ARTERIAL<br/>         0212 BOMBA DE SANGRE ARTERIAL CENIZADA.<br/>         Hoja 10-30<br/>         ALARMA<br/>         0213 BOMBA DE SANGRE ARTERIAL CENIZADA.</p>  |
| 9.6- | Equilibración. | <p>Manual del operador DIAMAX 857 Alarmas 229<br/>         Descripción del volumen de UF. La UF real puede diferir de la UF establecida en (0) ml. Complete la peralta de peso del paciente. Interrumpa el tratamiento. Avanza. Cuando las mediciones del volumen de ultrafiltración no estén dentro de las especificaciones del equipo de diálisis. Esto puede ocurrir cuando: • el control de UF no está calibrado o está calibrado incorrectamente. • el control de UF no funciona correctamente. • el sensor de UF de protección no funciona correctamente.<br/>         MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX</p> <p>CAPÍTULO 10. Activación de Alarmas y su método de Reseña.<br/>         SUBSECCIÓN 10.5. Números para alarmas e información.<br/>         Hoja 10-25<br/>         ALARMAS<br/>         0140 FALLA DE TASA DE UF<br/>         0141 FALLA EN BOMBA DE UF<br/>         0142 LIMITE SUPERIOR DE TASA DE UF.</p>  |
| 9.7- | Conductividad  | <p>Manual del operador DIAMAX 857 Alarmas 211<br/>         Conductividad fuera de límites. Aparece. Cuando la conductividad del líquido de diálisis está fuera de los límites de alarma establecidos. Acciones de la máquina:<br/>         • El sonido de alarma se retrasa durante 30 segundos.<br/>         • Si la conductividad es igual o superior a 9 mS/cm, el líquido de diálisis se desvía al drenador (HAVA abierto).<br/>         • Cuando la conductividad es demasiado alta, el líquido de diálisis se desvía al drenador. • Cuando la conductividad del líquido de diálisis es inferior a 9 mS/cm, el líquido de diálisis se desvía hacia y desde el drenador (incluido el cable de IVVA). • Cuando la conductividad del líquido de diálisis vuelve a estar dentro de los límites de alarma establecidos, el líquido de diálisis entra automáticamente en el drenador. • El cruce de flujo que se muestra en pantalla se vuelve de color amarillo.<br/>         MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX<br/>         CAPÍTULO 10 Activación de Alarmas y su método de Reseña.<br/>         SUBSECCIÓN 10.5. Números para alarmas e información.<br/>         Hoja 10-13.<br/>         ALARMAS<br/>         0040 FALLA DE DIFERENCIAL DE CONDUCTIVIDAD CD2-CD1<br/>         0041 FALLA DIFERENCIAL DE CONDUCTIVIDAD CD1-CD3<br/>         0042 LIMITE SUPERIOR DE CONDUCTIVIDAD AG-B<br/>         0043 LIMITE INFERIOR DE CONDUCTIVIDAD AG-B.</p> <p>Hoja 10-14<br/>         ALARMAS<br/>         0044 FALLA EN EL CONTROL DE CONDUCTIVIDAD AG-B.<br/>         0045 FALLA DIFERENCIAL DE SOLUCIÓN B<br/>         0046 LIMITE SUPERIOR DE CONDUCTIVIDAD TOTAL<br/>         0047 LIMITE INFERIOR DE CONDUCTIVIDAD TOTAL<br/>         Hoja 10-15</p> |

L.C. LSA/L.D. AGU/L.D. LFQB



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCENTRALIZADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00529  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NUMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No | Descripción                               | Propuesta del proveedor  |
|----|---|--|
|    |   | ALARMAS<br>0048 FALLA DE CONTROL DE CONDUCTIVIDAD TOTAL<br>0049 FALLA DIFERENCIAL TOTAL DE SOLUCIÓN.<br><br>CATALOGO DAMAX.<br><br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Sistema de seguridad con alarmas auditivas y visuales.<br>Alarma de conductividad del líquido de diálisis.   |
|    | 9.8.- Temperatura del líquido de diálisis | Manual de operador<br>DAMAX BIS Alarmas 212 Temperatura del líquido de<br>diálisis Laja Acarete. Cuando la temperatura del líquido<br>de diálisis ha llegado al límite de alarma mínima<br>existiendo para la temperatura. Acciones de la máquina<br>El líquido de diálisis se desvía al diluidor. Cuando la<br>temperatura del fondo de diálisis vuelve a estar dentro<br>de los límites de alarma establecidos, el líquido de<br>diálisis entra automáticamente en el diluidor.<br>MANUAL DE OPERACIÓN<br>DAMAX.<br>CAPÍTULO 10. Activación de Alarmas y su método de<br>Reseteo.<br>SUBSECCION 10.5. Números para alarmas e información<br>Hoja 10-12<br>ALARMAS<br>0020 TEMPERATURA DE DIALIZADO EXCEDIDA.<br>0021 LIMITE SUPERIOR DE TEMPERATURA DE DIALIZADO.<br>0022 LIMITE INFERIOR DE TEMPERATURA DEL DIALIZADO.<br><br>CATALOGO DAMAX.<br><br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Sistema de seguridad con alarmas auditivas y visuales.<br>Alarma de temperatura del líquido de diálisis.  |
|    | 9.9.- Detector de fugas sanguíneas.       | Manual de operador DAMAX BIS Alarmas 101 Sangre<br>detectada en el circuito de líquido. Para activar la<br>bomba de sangre durante (Preseq. para activar el<br>detector, pulse el botón Reiniciador. Aparece. Cuando<br>ha entrado sangre en el circuito de líquido del equipo<br>después del diluidor. Acciones de la máquina: • La<br>bomba de sangre se detiene. • Se cierran los puertos de<br>los líneas de sangre venosa y arterial. • La tasa de<br>ultrafiltración se establece en cero. • El líquido de<br>diálisis se desvía del diluidor (cuando se detecta<br>sangre). • Parte del circuito de flujo de líquido que se<br>encuentra en contacto parpadea.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DAMAX.<br>CAPÍTULO 11. Activación de Alarmas y su método de Reseteo.<br>SUBSECCION 10.5. Números para alarmas e información<br>Hoja 10-22.<br>ALARMA<br>0111 FUGA DE SANGRE DETECTADA.<br><br>CATALOGO DAMAX.<br><br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Sistema de seguridad con alarmas auditivas y visuales.<br>Detector de fuga de Sangre. |





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00530  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NUMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No    | Descripción                                 | Propuesta del proveedor  |
|-------|---|--|
| 9.10. | Defensor de aire                            | Manual del operador DIAMAX B7 Alarmas 12 Alarmas de prioridad alta 100 Aire en cámara de gases venoz. Pulse el botón Temporalizador y, a continuación, presione el botón para aumentar el nivel en la cámara de gases. Aparece: Cuando no entran gases en la cámara de gases venoz. Acciones de la máquina: • La bomba de sangre se detiene. • Se cerran las pinzas de las líneas de sangre venoz y arterial. • La tasa de ultrafiltración se establece en cero. • El flujo de diálisis se detiene del equilibrio.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br><br>CAPÍTULO 10. Activación de Alarmas y su método de Reseteo.<br>SUBÍNDICE 10.5. Números para alarmas e información Hoja 16-21.<br>ALARMAS<br>QUE BURBUJA DETECTADA EN LA LÍNEA.<br><br>CATALOGO DIAMAX.<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.<br>Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales.<br>Defensor de burbujas de aire. |
| 9.11. | Falla en el suministro de agua              | Manual del operador DIAMAX B56 Alarmas 209 Presión del agua de entrada inminente. Comprobar suministro de agua. Aparece: Cuando la presión del suministro de agua es demasiado baja. Acciones de la máquina: El flujo de líquido se detiene hasta y desde el dializador.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPÍTULO 10. Activación de Alarmas y su método de Reseteo.<br>SUBÍNDICE 10.5. Números para alarmas e información Hoja 16-22.<br>ALARMAS<br>QUE HAY FALLA EN PRUEBA DE PRESIÓN DE ENTRADA DE AGUA PSI Y PSI.<br><br>CATALOGO DIAMAX.<br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.<br>Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales.<br>Alarma de suministro de agua y suministro eléctrico.  |
| 9.12. | Falla en el suministro de energía eléctrica | Manual del operador DIAMAX B56 Alarmas 213 Falta Corriente. Sistema alerta durante (6) minutos. Aparece inmediatamente después de un fallo de alimentación eléctrica cuando se utiliza la bomba de reserva. Los minutos que se muestran indican la duración del fallo de alimentación eléctrica. Acciones de la máquina: Durante un fallo de alimentación eléctrica solo funciona la unidad de sangre. Acción del operador: Conectar a la fuente de alimentación y el cable de red.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br>CAPÍTULO 10. Activación de Alarmas y su método de Reseteo.<br>SUBÍNDICE 10.5. Números para alarmas e información Hoja 16-7.<br>ALARMAS   |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

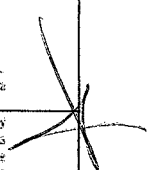
Folio 00531  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No   | Descripción                                       | Programa del proveedor   |
|------|---|--|
|      |   | <p>0002 FALLA DE ALIMENTACION ELECTRICA.<br/>         0003 FALLA EN LA UNIDAD ELECTRICA.</p> <p>CATALOGO DAMAX.<br/>         Hoja 4.<br/>         ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br/>         Sistemas de seguridad con alarmas auditivas y visuales.<br/>         Alarma de suministro de agua y suministro eléctrico.</p>  |
| 9.13 | Presión arterial no invasiva.                     | <p>Manual del operador DAMAX B31 Alarmas 110 Presión de sangre sistólica alta Para borrar la alarma, pulse Confirmar.</p> <p>Alarma: Cuando la presión sanguínea diastólica del paciente está fuera del límite de alarma máximo establecido. Acciones de la máquina: Ninguna. B34 110 Presión de sangre sistólica alta Para borrar la alarma, pulse Confirmar. Alarma: Cuando la presión sanguínea sistólica del paciente llega al límite de alarma máximo establecido. Acciones de la máquina: Ninguna. B37 110 Presión de sangre diastólica baja. Para borrar la alarma, pulse Confirmar. Alarma: Cuando la presión sanguínea diastólica del paciente está fuera del límite de alarma mínimo establecido. Acciones de la máquina: Ninguna. B40 110 Presión de sangre sistólica baja Para borrar la alarma, pulse Confirmar. Alarma: Cuando la presión sanguínea sistólica del paciente llega al límite de alarma mínimo establecido. Acciones de la máquina: Ninguna.</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN DAMAX.<br/>         CAPÍTULO 17. Monitor de Presión Sanguínea No Invasiva (opción)<br/>         SUBTÍTULO 17.5 ALARMAS.<br/>         Hoja 9<br/>         TABLA<br/>         ALARMAS<br/>         No.0300 LIMITE SUPERIOR SISTOLICO<br/>         No.0301 LIMITE INFERIOR SISTOLICO.<br/>         No.0302 LIMITE SUPERIOR DIASTOLICO<br/>         No.0303 LIMITE INFERIOR DIASTOLICO.</p> <p>CATALOGO DAMAX.<br/>         Hoja 4.<br/>         ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br/>         Sistemas de seguridad con alarmas auditivas y visuales.<br/>         Alarma del monitor de presión sanguínea no invasiva (BPMA).</p> |
| 10.  | Con sistema automático para desinfección química. | <p>Manual del operador DAMAX A. 105 Desinfección y limpieza. 104 Desinfección química 104.1 Acceso de la desinfección química Durante el programa de desinfección química, el equipo se llena de desinfectante concentrado. El desinfectante concentrado se mezcla con agua hasta la concentración correcta en el equipo. La solución diluida llena todas las partes del circuito de líquido. Transcurrido un tiempo determinado (tiempo de parada), el circuito de líquido se agita y se vea. La desinfección térmica se puede sustituir por desinfección química. Sin embargo, tenga en cuenta que la desinfección (cartucho CLEANLINE C o todo otro líquido) no se puede sustituir por una desinfección química.</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN DAMAX.<br/>         CAPÍTULO 7. Especificaciones.<br/>         SUBTÍTULO 7.11. Líquidos y desinfecciones.</p>   |





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

Folio 00532  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No  | Descripción  | Propuesta del proveedor  |
|-----|--|--|
|     |  | Hoja 7-11<br>CATALOGO DIAMAX<br>Hoja 3.<br>MODOS DE LAVADO.  |
| 11- | Con sistema automático para remoción de sales y/o con sistema automático de desinfección térmica.                      | Manual del operador DIAMAX A162 Desinfección y limpieza. 10.3.2 Limpieza y desinfección. Los programas de desinfección térmica pueden incluir una limpieza y una desinfección. La solución de limpieza o desinfección se mezcla con agua de cubierta y recorre el circuito de líquido durante el programa de desinfección térmica. Un programa de desinfección (carucho o ácido clorhídrico) no se puede succionar por un programa de desinfección química. La solución de limpieza puede ser una solución de limpieza de carucho o hipoclorito de sodio. Estas alternativas eliminan las grasas, las proteínas y el material orgánico. La solución de desinfección puede ser una solución de carucho o ácido cítrico líquido. Estas alternativas eliminan los depósitos de carbonato cálcico.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX<br>CAPÍTULO 7, Especificaciones<br>SUBSECCIÓN 7.11, Lavados y desinfecciones<br><br>Hoja 7-11<br>CATALOGO DIAMAX<br>Hoja 3.<br>MODOS DE LAVADO. |
| 12- | Gabinete con las siguientes características: superficies de material lavable, con base rodable, con sistema de frenos. | Manual del Operador DIAMAX A-41. Banda superior. Para proteger el equipo contra los vertidos, la banda superior debe estar siempre correctamente colocada sobre el equipo.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX<br>CAPÍTULO 8, Configuración de la máquina.<br>SUBSECCIÓN 8.2, Nombres y funciones de los componentes de la máquina.<br>Hoja 6-2<br>TABLA<br>Numeral 2<br>Numeral 3   |
| 13- | Capacidad para guardar la información del tratamiento en caso de falta de energía eléctrica.                           | Manual del Operador DIAMAX A-77, A-78, B-6, 7. Falta de alimentación eléctrica con batería de reserva. Si el equipo de diálisis se queda sin corriente, cuenta con una batería de reserva que proporciona energía temporalmente a la unidad de sangre. Se conservan todos los datos y valores reales. La bomba de sangre continúa funcionando alimentada por la batería. No se proporciona calentamiento del líquido de diálisis. La batería de reserva tiene una duración de 90 minutos.<br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX<br>CAPÍTULO 7, Especificaciones<br>SUBSECCIÓN 7.1 Funciones principales de la máquina<br>Hoja 7-2  |
| 14- | Con capacidad para realizar el retorno sanguíneo en formato manual en caso de falta eléctrica.                         | Manual del Operador DIAMAX A-35 y A-37 2.1.2 detalles de los componentes de la parte del tipo sanguíneo durante un tipo de alimentación eléctrica, puede activar el stop de la bomba manualmente (hacia la izquierda) al girar el asa para hacer pausar la sangre.   |

L.C. LSA/L.D. AGL/L.D. LFQB  
 DEPARTAMENTO DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00533  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No | Descripción  | Propuesta del proveedor  |
|----|--|--|
|    |  | MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.<br><br>CAPÍTULO 7. Especificaciones.<br>SUBINCISO 7.1 Funciones principales de la máquina<br>Hoja 7-2<br><br>CATALOGO DIAMAX.<br><br>Hoja 4.<br>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:<br>Funciones.<br>Batería de respaldo (autonomía de vida de 30 minutos a un QB = 500ml/min y QM = 5 Qml/min).  |
| 15 | ACCESORIOS Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. | Manual del operador A24, 14 Concentrados desechables químicos, accesorios y materiales desechables Bader rechazamos toda responsabilidad por el uso del equipo de diálisis con concentrados desechables químicos, accesorios o materiales desechables distintos de los especificados en esta sección. El uso de otros materiales puede reducir las garantías de Bader para el equipo de diálisis. Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.  |
| 16 | CONCENTRADOS Soluciones para hemodiálisis con concentraciones variables de calcio y potasio según requerimientos del usuario.                  | Manual del Operador DIAMAX A25, 1.4.2 Concentrados Concentrados no líquidos. El cartucho BICART (NAMESOS en polvo) se puede utilizar en combinación con concentrados A líquidos adecuados para hemodiálisis. Concentrados líquidos. • Los concentrados B líquidos, adecuados para hemodiálisis, pueden usarse en combinación con accesorios A líquidos adecuados para hemodiálisis (consulte la tabla a continuación). • Pueden usarse concentrados A líquidos, adecuados para hemodiálisis, que contengan NaCl, KCl, MgCl2, CaCl2, con o sin CHE1206 (glucosa) y ya sea CHE507 (ácido cítrico) o CHE600H (ácido succínico). • Pueden usarse concentrados B líquidos, adecuados para hemodiálisis, que contengan NaHCO3 con o sin NaCl. Los concentrados líquidos recomendados adecuados para uso de hemodiálisis son: concentrados que cumplen con la norma ISO 15958 o equivalente. Soluciones para hemodiálisis con concentraciones variables de calcio y potasio según requerimientos del usuario. |
| 17 | Bicarbonato de sodio para preparación manual o automática para uso no parenteral.  | Manual del Operador DIAMAX A23 1-3-1 Uso previsto Cuando el equipo de diálisis AK 98 se utiliza para producir líquido de diálisis con bicarbonato originado a partir de concentrados no líquidos, el equipo de diálisis AK 98 está diseñado y validado para su uso con el cartucho BICART. Bader no acepta ninguna responsabilidad por el uso de otros recipientes de concentrados no líquidos, ya que no puede garantizar un funcionamiento adecuado. Manual del Operador DIAMAX A24 1.3.5 Preparación del líquido de diálisis El equipo de diálisis puede preparar el líquido de diálisis con agua de entrada, concentrado ácido (A) y concentrado de bicarbonato en polvo (cartucho BICART).<br>CATALOGO ABASTO AQUAMEDICA<br>HOJA 1  |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00534  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA SIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No | Descripción  | Propuesta del proveedor   |
|----|--|---|
|    |  | CATALOGO GRABIC AIZAMREGICA<br>H23A 1   |
|    | 18.-Líneas arterial y venosa con protector de transductor de presión, desechable y adaptable e integrado a las líneas arterial y venosa (nasal), pediátrica, adulto. | Manual del operador A27 1.4.4 y en la Ficha Técnica líneas Novoline.<br>Líneas de sangre<br>Los accesorios mencionados en esta sección están aprobados y es obligatorio utilizarlos con el equipo de diálisis AK 98. Novoline. Juego de líneas para hemodiálisis para máquina DPMAX. Código: 955419<br>Los protectores del transductor de presión son componentes cruciales en las líneas de sangre, además de ser un tipo de protección para medir la presión, son una defensa contra la contaminación sanguínea. Ofrecemos conexiones de transductor desechables seguras con un protector de dos membranas<br>JUEGO DE LINEAS ARTERIAL Y VENOSO, DESCHABLE, ESTÉRIL<br><br>Referencia: Catálogo Blood Tubing Set, página 1<br><br>CON CONECTORES CON PROTECTORES DE TRANSDUCTOR DE PRESIÓN<br>Referencia: Catálogo Blood Tubing Set, página 1<br><br>COMPATIBLE CON LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS DE LA MARCA CORRESPONDIENTE<br>Referencia: Catálogo Blood Tubing Set, página 2<br><br>CON DIFERENTES VOLUMENES DE CEBADO<br>Referencia: Catálogo Blood Tubing Set, página 2<br><br>MODELOS:<br>A035 (M1) V612 (M1) Adulto<br>A035 (M2) V635 (M2) Pediátrico<br>Referencia: Catálogo Blood Tubing Set, página 2<br><br>MARCA: Nipro<br>Referencia: Catálogo Blood Tubing Set, página 1<br><br>REGISTRO SANITARIO: 037302015 SSA |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00535  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA UJÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 91240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No  | Descripción                                   | Propuesta del proveedor  |
|-----|---|--|
|     |   | FABRICANTES:<br>Nipro (Nipro) Corporation Limited<br>PT. Nipro Indonesia Jaya y<br>Nipro JMI Company Limited   |
| 19. | Agujas para punción de fístula arterio-venosa | Módulo de operador A83 y A84<br>4.1 Funcionamiento hasta 42 días en un tratamiento con aguja desce.<br>Para técnica agujas para punción fístula arterio-venosa<br>Fibra Tereca: agujas para fístula Fístula Arterio Venosa<br>Gambor: 16G (1.8mm), 16G (1.8mm), 17G (1.5mm) y longitud de 25mm con esp. posterior y eje cisterna<br>Tubo de 90 cm. Código (1501 160767) (190) 101240 (17G) 100269<br>AGUJA ARTERIAL PARA PUNCIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA<br><br>Referencia: Catálogo Aguja Nipro para Fístula Arteriovenosa, página 1<br><br>TUBO ELASTOMERO DE 15 a 30 CM<br>Referencia: Catálogo Aguja Nipro para Fístula Arteriovenosa, páginas 1 y 2<br><br>CALIBRE 15G, 16G Y 17G<br>Referencia: Catálogo Aguja Nipro para Fístula Arteriovenosa, página 1<br><br>ORIFICIO PORTÉRROR AL BISEL<br>Referencia: Catálogo Aguja Nipro para Fístula Arteriovenosa, página 2<br><br>MODELOS:<br>ADULTO 15G Y 16G<br>PEDIÁTRICO 16 Y 17G<br>Referencia: Catálogo Aguja Nipro para Fístula Arteriovenosa, página 2<br><br>MARCAS: NIPRO<br>Referencia: Catálogo Aguja Nipro para Fístula Arteriovenosa, página 1 |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

Folio 00536  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NUMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 92240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No  | Descripción   | Propuesta del proveedor  |
|-----|---|--|
|     |   | REGISTRO SANITARIO: 081402003 SSA<br><br>FABRICANTES:<br>Nipro (Trade) Corporation Ltd<br><br>PT. MPED Industria Sava  |
| 211 | Fibras para hemodialis o hemodializadoras a corte de 0.2 m2 de cualquier material sintético | Manual del Operador DMMAX A-29 1.1.8 dializadores Sinter ha determinado que los dializadores incluidos en la lista cumplen las especificaciones y las instrucciones de uso proporcionadas para el equipo de diálisis AK 95 referiva, por ejemplo, el procedimiento de cebado recomendada además, los conectores y los puertos de los dializadores cumplen las normas ISO 8537 y EN 1283. Con superficies compuestas desde 2,5 a 1,2 m2 Dializadores Poliflex Dializadores Revacar. Estos dializadores de fibras huasca han sido referidos por Garbino para su uso con el equipo de diálisis AK 95. FB™-U Dializador de fibra huasca de Triunfo, Nipro<br><br>FILTRO PARA HEMODIALISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (membrana modificada)<br><br>Referencia: Catálogos FB™-U, páginas 1 y 2<br><br>ÁREAS EFECTIVAS DE 0.5m <sup>2</sup> A 2.1m <sup>2</sup><br><br>Referencia: Catálogos FB™-U, página 2<br><br>MODELOS:<br><br>FB-050J, 070J, 090J, 110J, 130J, 150J, 170J, 190J, 210J, 500J, 700J, 900J, 1100J, 1300J, 1500J, 1700J, 1900J, 2100J<br><br>Referencia: Catálogos FB™-U, páginas 1 y 2<br><br>MARCA Nipro<br><br>Referencia: Catálogos FB™-U, página 1<br><br>REGISTRO SANITARIO: E778C2013 SSA<br><br>FABRICANTE: Nipro Corporation Otsuka Factory<br><br>Dializador Síntico de Fibra Huasca Nipro ELISIO™<br><br>FILTRO PARA HEMODIALISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (membrana sintética)<br><br>Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR, páginas 1 y 2<br><br>ÁREAS EFECTIVAS DE 1,1m <sup>2</sup> A 2,1m <sup>2</sup><br><br>Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR, página 2<br><br>MODELOS: |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00537  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, FOZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No | Descripción  | Propuesta del proveedor   |
|----|--|---|
|    |  | <p>ELUSIO (11H, 13H, 15H, 17H, 19H, 21H, 11CH, 13CH, 15CH, 17CH y 19CH)</p> <p>Referencia: Catálogos ELUSIO-H y ELUSIO-HR, páginas 1 y 2</p> <p>MARCA: Nipro</p> <p>Referencia: Catálogos ELUSIO-H y ELUSIO-HR, página 1</p> <p>REGISTRO SANITARIO: 1376C2005 SSA</p> <p>FABRICANTE: Nipro Corporation Otsu Factory</p> <p>Eliminador de fibra nueva síntesis Nipro ELUSIO</p> <p>FILTRO PARA HEMODIALISIS, O DIALIZADORES DE POLIETILENOSULFONA (membrana sintética)</p> <p>Referencia: Catálogo ELUSIO páginas 1 y 2</p> <p>ÁREAS EFECTIVAS DE 1.1m<sup>2</sup> A 2.1m<sup>2</sup></p> <p>Referencia: Catálogo ELUSIO página 2</p> <p>MODELOS:</p> <p>ELUSIO™ (11H, 13H, 15H, 17H, 19H, 21H)</p> <p>Referencia: Catálogo ELUSIO</p> <p>MARCA: Nipro</p> <p>Referencia: Catálogo ELUSIO página 1</p> <p>REGISTRO SANITARIO: 2359C2015 SSA</p> <p>FABRICANTE: Nipro India Corporation Pvt. Ltd.</p> |
|    | 21.- Líquido desinfectante y descalcificante según sea el caso.  | <p>Manual del Operador DIAMAX A67, A68, 3.4.17. Cada cinco minutos inicia el programa de desinfección corto con ácido cítrico líquido que está conectado en la parte posterior del equipo. • Cinco 20 minutos el programa de desinfección corto con ácido cítrico líquido que está conectado en la parte posterior del equipo. • Cada hora inicia el programa de desinfección con agua caliente • Hipoclorito 10 % inicia un programa de desinfección con hipoclorito.</p> <p>Car. Aquamedia.</p> <p>Marca Aquasol. Pág 1.</p>  |
|    | 22.- Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo. | <p>Manual del Operador DIAMAX A67, A68, 3.4.17. Cada cinco minutos inicia el programa de desinfección corto con ácido cítrico líquido que está conectado en la parte posterior del equipo. • Cinco 20 minutos el programa de desinfección corto con ácido cítrico líquido que está conectado en la parte posterior del equipo. • Cada hora inicia el programa de desinfección con agua caliente • Hipoclorito 10 % inicia un programa de desinfección con hipoclorito.</p> <p>Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo.</p>   |
|    | ACCESORIOS OPCIONALES  |   |

L.C./LSA/L.D. AGU/L.D. LFQB





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCENTRALIZADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

Folio 00538  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NUMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No  | Descripción   | Propuesta del proveedor  |
|-----|---|--|
| 23- | Monitor de KtV.   | Manual del Operador DIAMAX A.153 , 9.4 Medición de KtV El equipo de diálisis puede calcular el valor de KtV en una sola medición o a intervalos. Si es necesario realizar la medición de KtV, el volumen de distribución tiene que establecerse antes de realizar la comprobación de reacción. El volumen de distribución está relacionado con el paciente (se basa en el peso en seco del paciente) y el operador debe estar satisfecho y estar satisfecho adecuadamente para obtener un valor de KtV correcto.<br><br>C Monitor KtV<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX<br><br>CAPITULO 14. Funcionamiento de la Máquina con Paciente.<br>SUBSECCIÓN 14.8. Programación Automática del KtV<br>Hoja 14-27   |
| 24- | Computadora con software de hemodíalisis para atención y administración de datos. | No aplica.<br>Conforme a lo señalado en Anexo ANEXO NUMERO 1: 2 (T DOS) REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR POR EL SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIALISIS DEL PROVEEDOR, PARA EL REGISTRO DE SESIONES DE HEMODIALISIS SUBROGADA ANEXO NUMERO 1: 5 (T CINCO) DESIGNACION DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE   |
| 24- | Impresora.  | No aplica.<br>Conforme a lo señalado en Anexo ANEXO NUMERO 1: 2 (T DOS) REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR POR EL SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIALISIS DEL PROVEEDOR, PARA EL REGISTRO DE SESIONES DE HEMODIALISIS SUBROGADA ANEXO NUMERO 1: 5 (T CINCO) DESIGNACION DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE   |
| 25- | Sistema de preparación en línea del bicarbonato.                                  | Manual del Operador DIAMAX A.23 y A24 1-3-1 Uso preventivo Cuando el equipo de diálisis AK 98 se utiliza para producir líquido de diálisis con bicarbonato originado a partir de concentrados no líquidos, el equipo de diálisis AK 98 está diseñado y validado para su uso con el cartucho BICARB. Bixler no acepta ninguna responsabilidad por el uso de otros recipientes de concentrados no líquidos, ya que no puede garantizar un funcionamiento adecuado. Manual del Operador DIAMAX A.24 1.3.6 Preparación del líquido de diálisis El equipo de diálisis puede preparar el líquido de diálisis con agua de entrada, concentrado ácido (A) y concentrado de bicarbonato en polvo.<br><br>PARA CONDUCTIVIDAD DE ADJERDO A LA MARCA DE LA MÁQUINA PARA ACIDO ESPECIFICO, PRESENTACIÓN EN PAQUETE O BOLSA QUE SE ADEQUE A LA MÁQUINA PROPUESTA, CAT. QUÉBEC. |
| 26- | Monitor de niveles de bicarbonato.  | No aplica.<br><br>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX<br><br>CAPITULO 14. Funcionamiento de la Máquina con Paciente.<br>SUBSECCIÓN 14.8. Programación Automática del KtV<br>Hoja 14-27  |
| 27- | Monitoreo en tiempo real de aclaramiento de la urea.                              | Manual del Operador DIAMAX A.152, 9.3 La función DIASCAN mide el aclaramiento. El equipo de diálisis puede medir el aclaramiento (K) y calcular el valor de KtV en una sola medición o a intervalos. El equipo de diálisis necesita un tiempo determinado para realizar la   |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

Folio 00539  
 UNIDAD DE HEMODIÁLISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA UJUMÓN, NUMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No   | Descripción  | Preparación del proveedor   |
|------|--|---|
|      |  | <p>medición. No debe usarse medición directa o que sea menor de 30 minutos de la duración del tratamiento.</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN DAMAX</p> <p>CAPITULO 14. Funcionamiento de la Máquina con Paciente.</p> <p>SUBENCIO 14B. Programación Automática del EFM</p> <p>Página 14-27</p>   |
| 28.  | Las unidades médicas de selección de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.                       | <p>Según marca y modelo. Las unidades médicas las seleccionando de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.</p> <p>Según marca y modelo.</p> <p>MARCA:<br/>NFRD</p> <p>MODELO:<br/>DAMAX</p>   |
| 28.1 | REFACCIONES:   |   |
|      | Según marca y modelo. Las unidades médicas de selección de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. | <p>Según marca y modelo. Las unidades médicas las seleccionando de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.</p> <p>Según marca y modelo.</p> <p>MARCA:<br/>NFRD</p> <p>MODELO:<br/>DAMAX</p>   |
| 29.  | INSTALACIÓN Corriente eléctrica de 120V ±10% o 220V ±10%, 60 Hz, tierra blanca.  | <p>Manual del operador A201 y A202 14.1.16 Fuente de alimentación Voltaje de red 115 V CA, 60 Hz 115 V CA, 60 Hz</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN DAMAX</p> <p>CAPITULO 6. Instalación</p> <p>SUBENCIO 6.1 Suministro de Energía.</p> <p>Página 6-7</p>   |
| 30.  | OPERACIÓN Per personal especializado de acuerdo a la NOM-033-SSA3-2010 y manual de operación.  | <p>Manual del Operador DAMAX A15 y A16. 12.1.2.1 advertencias y precauciones generales previo al uso</p> <p>Para evitar un procedimiento inadecuado, el equipo de diálisis AK 90 debe ser utilizado únicamente por personas con formación en hemodiálisis y que hayan estudiado las instrucciones proporcionadas en este manual. El usuario/operador debe prestar una atención especial al todo video relativo a la política de seguridad de equipo. Consulte la Sección 12.5. Compruebe que el primer dígito de la versión del programa de equipo coincide con el del manual. Si el equipo de diálisis AK 90 es Anulada según lo descrito en este manual, no deberá utilizarse hasta que se haya restablecido la situación. Manual del Operador DAMAX A23. 1.3 Una sección 1-3-2 Instalación. Para evitar un procedimiento inadecuado, el equipo de diálisis AK 90 debe ser utilizado únicamente por personas con formación en hemodiálisis y que hayan estudiado las instrucciones proporcionadas en este manual. El usuario/operador debe prestar una atención especial al todo video relativo a la política de seguridad de equipo. Consulte la Sección 12.5 en la tabla A.19. Compruebe que el primer dígito</p> |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

UNIDAD DE HEMODIALISIS **Folio 00540**



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No  | Descripción  | Propuesta del proveedor   |
|-----|--|---|
|     |  | De la versión de programa del equipo coincide con el del manual. Si el equipo de diálisis AK 88 no funciona según lo descrito en este manual, no deberá utilizarse hasta que se haya rectificado la situación.<br>Por personal especializado de acuerdo a la NOM-403-SSA3-2013 y manual de operación.   |
| 51. | MANTENIMIENTO Preventivo y correctivo por personal calificado y certificado por personal autorizado por el fabricante. | Manual de Operador DIAMAX, A.16 y A.17, 1.2 y 1.2.1 Advertencias y precauciones generales, previos a uso.<br>Para asegurar un funcionamiento correcto, las inspecciones, calibración y mantenimiento preventivo del equipo de diálisis AK 88 debe realizarse un horario de mantenimiento autorizado con una firma de compañía de acuerdo con el área de mantenimiento de AK 88 que puede solicitarse a un representante de Baxter. El mantenimiento preventivo debe realizarse consecutivamente en años alternos como mínimo. Se recomienda realizar mantenimientos todos los años. El intervalo entre los procedimientos de mantenimiento preventivo puede variar en función de las horas de empleo de funcionamiento.<br>Preventivo y correctivo por personal calificado y certificado por personal autorizado por el fabricante. |

VERACRUZ, VER. A 28 DE DICIEMBRE DEL 2023.

ATENTAMENTE

Proceso lo necesario

C.P. VICTOR ALARCÓN PELÁEZ  
 REPRESENTANTE LEGAL

OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCÍA, S.A. DE CV.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007



UNIDAD DE HEMODIALISIS **Folio 00541**  
**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

**Anexo T 2 (T-dos)**  
**SISTEMA CENTRAL DE TRATAMIENTO DE AGUA CON OSMOSIS INVERSA PARA HEMODIALISIS**

| No  | Descripción   | Propuesta del proveedor  |
|-----|---|--|
| 1   | Sistema central de tratamiento de agua con ósmosis inversa para hemodiálisis.   | Sistema central de tratamiento de agua con ósmosis inversa para hemodiálisis.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - INTRODUCCION - Pág. 1. No requiere Registro Sanitario, Oficio COFEPRIS 103300EL621053  |
| 2   | Pre-tratamiento de agua:  | Pre-tratamiento agua:  |
| 2.1 | Equipo electro hidráulico que opera a base de diferentes filtros, resinas y membranas para eliminar las impurezas químicas y microbiológicas del agua que se utiliza para los procedimientos de hemodiálisis, para ser utilizada en unidades de hemodiálisis. | Equipo electro hidráulico que opera a base de diferentes filtros, resinas y membranas para eliminar las impurezas químicas y microbiológicas del agua que se utiliza para los procedimientos de hemodiálisis, para ser utilizada en unidades de hemodiálisis.<br><br>MARCA WATER TEC. Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - INTRODUCCION - Pág. 1. No requiere Registro Sanitario, Oficio COFEPRIS 103300EL621053 |
| 2.2 | Interconectada con tubería de PVC cédula 80.  | Interconectada con tubería de PVC cédula 80.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - CONEXIONES DE PVC CEDULA 80 - Pág. 28.  |
| 2.3 | Válvulas de muestreo de agua a la salida de cada etapa filtrante.   | Válvulas de muestreo de agua a la salida de cada etapa filtrante.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Nota al pie de página No. 8.   |
| 2.4 | Con sistema de bypass en cada etapa filtrante.  | Con sistema de bypass en cada etapa filtrante.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Pág. 4 Filtro Multimedia, Filtro de Carbón Activado y Suavizador.   |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

UNIDAD DE HEMODIALISIS **Folio 00542**



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No    | Descripción  | Propuesta del proveedor  |
|-------|--|--|
| 2.5   | Manómetros de acero inoxidable de fácil lectura instalados a la salida de cada etapa filtrante.  | Manómetros de acero inoxidable de fácil lectura instalados a la salida de cada etapa filtrante.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Nota al pie de página No. 8.   |
| 2.6   | Bomba centrífuga multietapa  | Bomba centrífuga multietapa  |
| 2.6.1 | Con sistema hidroneumático garantizando la presión y flujo del agua cruda  | Con sistema hidroneumático garantizando la presión y flujo del agua cruda.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Pág. 4 y 13.  |
| 2.6.2 | Con impulsor de plástico o acero inoxidable  | Con impulsor de plástico o acero inoxidable<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Pág. 4.  |
| 2.7   | Filtro de arena o multimedia con cabezal electrónico para su regeneración, y la eliminación de partículas asentadas o suspendidas de hasta 10 micrómetros de diámetro.   | Filtro de arena o multimedia con cabezal electrónico para su regeneración, y la eliminación de partículas asentadas o suspendidas de hasta 10 micrómetros de diámetro.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Pág. 4 Filtro multimedia y Páginas. 15, 16, 17, 18 y 19.  |
| 2.8   | Dos filtros de carbón activado con cabezal electrónico para su regeneración, para la eliminación de cloro y cloraminas, para obtención de cantidades menores de 0.1 partes por millón de estas sustancias.   | Dos filtros de carbón activado con cabezal electrónico para su regeneración, para la eliminación de cloro y cloraminas, para obtención de cantidades menores de 0.1 partes por millón de estas sustancias.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Pág. 4 Filtro de carbón activado y Páginas. 15, 16, 17, 18 y 20.  |
| 2.9   | Filtros suavizador(es), con cabezal electrónico para la regeneración de resina por medio de solución de salmuera, con tanque para preparación de salmuera, para eliminación de calcio y magnesio, con capacidad de remoción de acuerdo a la calidad del agua de entrada, que asegure obtener rangos de 1 a 5 partes por millón de carbonato de calcio como dureza total. | Filtros suavizador(es), con cabezal electrónico para la regeneración de resina por medio de solución de salmuera, con tanque para preparación de salmuera, para eliminación de calcio y magnesio, con capacidad de remoción de acuerdo a la calidad del agua de entrada, que asegure obtener rangos de 1 a 5 partes por millón de carbonato de calcio como dureza total.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Pág. 4 Suavizador y Páginas. 15, 16, 17, 18, 21, 22 y 30. |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

Folio 00543  
 UNIDAD DE HEMODIÁLISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NAPANTO ESQUIVA UMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No    | Descripción   | Propuesta del proveedor   |
|-------|---|---|
| 3     | Ósmosis inversa.  | Ósmosis inversa.  |
| 3.1   | Motor con impulsor de acero inoxidable o plástico.  | Motor con impulsor de acero inoxidable o plástico.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Págs. 5  |
| 3.2   | Con capacidad mínima de producción de un litro / min. de agua grado hemodiálisis por cada máquina de hemodiálisis instalada (análisis químico microbiológico de acuerdo a lo indicado en la NOM-003-SSA3-2010). | Con capacidad mínima de producción de un litro / min. de agua grado hemodiálisis por cada máquina de hemodiálisis instalada (análisis químico microbiológico de acuerdo a lo indicado en la NOM-003-SSA3-2010).<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Págs. 5 y 6 Sistema de Ósmosis Inversa y Páginas 10, 11 y 12. |
| 3.3   | Con sistema de monitoreo.   | Con sistema de monitoreo.   |
| 3.3.1 | Presión de trabajo del equipo.  | Presión de trabajo del equipo.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Págs. 5  |
| 3.3.2 | Medición del flujo de agua de rechazo.  | Medición del flujo de agua de rechazo.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Págs. 5  |
| 3.3.3 | Medición del flujo de agua producto   | Medición del flujo de agua producto<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Págs. 5   |
| 3.3.4 | Medición del flujo de agua de recirculación.  | Medición del flujo de agua de recirculación.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Págs. 5  |
| 3.3.5 | Medición de sólidos totales disueltos o conductividad.  | Medición de sólidos totales disueltos o conductividad.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Págs. 6  |
| 3.4   | Con sistema para procedimientos de desinfección.  | Con sistema para procedimientos de desinfección.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Págs. 6  |
| 3.5   | Alarmas visuales y audibles:  | Alarmas visuales y audibles:  |
| 3.5.1 | Bajo nivel de presión de entrada.   | Bajo nivel de presión de entrada.   |
| 3.5.2 | Sólidos totales disueltos o conductividad.  |   |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00544  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No  | Descripción  | Propuesta del proveedor  |
|-----|--|--|
|     |  | Sólidos totales disueltos o conductividad.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Págs. 6   |
| 4   | Red de distribución del agua tratada:  | Red de distribución del agua tratada:  |
| 4.1 | Tanque de almacenamiento de agua, de plástico, cónico, cerrado y ventado a través de filtro de bacterias.  | Tanque de almacenamiento de agua, de plástico, cónico, cerrado y ventado a través de filtro de bacterias.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Pág. 7 Tanque de almacenamiento y Pág. 23.   |
| 4.2 | Doble bomba centrífuga multietapa, que garantiza la presión de agua suficiente para el trabajo adecuado de las máquinas de hemodialis. Con impulsor de plástico o de acero inoxidable.                                   | Doble bomba centrífuga multietapa, que garantiza la presión de agua suficiente para el trabajo adecuado de las máquinas de hemodialis. Con impulsor de plástico o de acero inoxidable.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Pág. 7 Bombas de recirculación y Pág. 14.   |
| 4.3 | Lámpara de luz ultravioleta, para eliminación de bacterias, una instalada después del tanque almacenador, con capacidad de manejo del flujo de agua necesario para la alimentación de agua para la unidad de hemodialis. | Lámpara de luz ultravioleta, para eliminación de bacterias, una instalada después del tanque almacenador, con capacidad de manejo del flujo de agua necesario para la alimentación de agua para la unidad de hemodialis.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Páginas 7 y 8 Lámparas de rayos ultravioleta y Páginas 26 y 27. |
| 4.4 | Ultrafiltro(s) para la retención de endotoxinas de 0.2 micras, para agua tratada.  | Ultrafiltro(s) para la retención de endotoxinas de 0.2 micras, para agua tratada.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Pág. 8 Filtros pulidores y Pág. 24 y 25 Filtros Pulidores Hydronix. Especificaciones Técnicas.   |
| 4.5 | Que mantenga en forma continua el flujo de agua tratada de recirculación, ya que ésta se distribuye en un circuito cerrado de constante movimiento, mismo que se logra con las bombas de distribución.                   | Que mantenga en forma continua el flujo de agua tratada de recirculación, ya que ésta se distribuye en un circuito cerrado de constante movimiento, mismo que se logra con las bombas de distribución.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Pág. 8.   |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00545  
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, PDZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No    | Descripción   | Propuesta del proveedor   |
|-------|---|---|
| 4.6   | Material P.V.C cédula 80.   | Material P.V.C cédula 80.<br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 8 y 25.  |
| 4.7   | Manómetro de acero inoxidable.  | Manómetro de acero inoxidable.<br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 8.  |
| 5     | Tablero de control e indicadores:   | Tablero de control e indicadores:   |
| 5.1   | Control de las bombas de distribución.  | Control de las bombas de distribución<br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 6.   |
| 5.2   | Control de llenado de reservorio del agua de hemodiálisis.  | Control de llenado de reservorio del agua de hemodiálisis.<br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 6.  |
| 5.3   | Indicadores visuales  | Indicadores visuales  |
| 5.3.1 | Operación de bomba  | Operación de bomba<br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 6.  |
| 5.3.2 | Niveles de reservorio del agua de hemodiálisis  | Niveles de reservorio del agua de hemodiálisis<br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 6.  |
| 5.4   | Alarmas visuales y auditivas:   | Alarmas visuales y auditivas:   |
| 5.4.1 | Nivel de agua alto y bajo del reservorio.   | Nivel de agua alto y bajo del reservorio.<br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 6.   |
| 5.4.2 | Falla en el suministro de agua cruda.   | Falla en el suministro de agua cruda.<br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIÁLISIS" - Pág. 6 Tablero de Control   |
|       | ACCESORIOS:<br>Tomas de salida necesarias de acuerdo al número de máquinas de hemodiálisis, para preparación de bicarbonato y con sistema que no disminuya el flujo y la presión de agua para las máquinas. | ACCESORIOS:<br>Tomas de salida necesarias de acuerdo al número de máquinas de hemodiálisis, para preparación de bicarbonato y con sistema que no disminuya el flujo y la presión de agua para las máquinas. |





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00546  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA UMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No | Descripción  | Propuesta del proveedor  |
|----|--|--|
|    | Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.  | Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Pág. 8 Red de distribución.  |
|    | <b>CONSUMIBLES:</b><br><br>Sacos de Sal peletizada libre de yodo.<br>Agente desinfectante.<br>Filtro para entrada de ósmosis inversa de 1.5 micras.<br>Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo. | <b>CONSUMIBLES:</b><br><br>Sacos de Sal peletizada libre de yodo.<br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Pág. 30 Salmuera.<br><br>Agente desinfectante.<br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Pág. 31 Hipoclorito de sodio.<br><br>Filtro para entrada de ósmosis inversa de 5 micras.<br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Pág. 8 Filtros pulidores y Pág. 24 y 25 Filtros Pulidores Hydronic, Especificaciones Técnicas.<br><br>Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo.<br><br>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Pág. 39. |
|    | <b>ACCESORIOS OPCIONALES:</b><br><br>Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.   | <b>ACCESORIOS OPCIONALES:</b><br><br>Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.   |
|    | <b>INSTALACION:</b><br><br>Área sugerida para instalación de tratamiento de agua.<br>3 x 4 m2 para un rango de 3 a 12 máquinas de hemodiálisis.<br>4 x 5 m2 para un rango de 13 a 20 máquinas de hemodiálisis.   | <b>INSTALACION:</b><br><br>Área sugerida para instalación de tratamiento de agua.<br>3 x 4 m2 para un rango de 3 a 12 máquinas de hemodiálisis.<br>4 x 5 m2 para un rango de 13 a 20 máquinas de hemodiálisis.   |

C. LSA / L.D. ACL / L.D. LFQB



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00547  
 UNIDAD DE HEMODIALISIS



**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

| No | Descripción  | Propuesta del proveedor  |
|----|--|--|
|    | <p>6 x 5 m2 para un rango de 21 a 40 máquinas de hemodiálisis.</p> <p>Agua potable de acuerdo a lo establecido en la NOM-003-SSA3-2010.</p> <p>Flujo de entrada de agua de acuerdo a requerimientos de la unidad de hemodiálisis.</p> <p>Temperatura del agua de entrada de 5 a 20°C.</p> <p>Corriente eléctrica 120 V +/- 10%, 60 Hz. o 220 V / 60 Hz.</p> <p>Drenaje central con pendiente de 2% con capacidad de manejo de flujo de acuerdo a la unidad de ósmosis, tubería PVC cédula 40 con diámetro de 2" como mínimo.</p> | <p>6 x 5 m2 para un rango de 21 a 40 máquinas de hemodiálisis.</p> <p>Agua potable de acuerdo a lo establecido en la NOM-003-SSA3-2010.</p> <p>Flujo de entrada de agua de acuerdo a requerimientos de la unidad de hemodiálisis.</p> <p>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Pág. 3.</p> <p>Temperatura del agua de entrada de 5 a 20°C.</p> <p>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Pág. 3.</p> <p>Corriente eléctrica 120 V +/- 10%, 60 Hz. o 220 V / 60 Hz.</p> <p>Manual de operación: "PLANTA DESMINERALIZADORA PARA PROCESO DE HEMODIALISIS" - Pág. 3.</p> <p>Drenaje central con pendiente de 2% con capacidad de manejo de flujo de acuerdo a la unidad de ósmosis, tubería PVC cédula 40 con diámetro de 2" como mínimo.</p> |
|    | OPERACION.   | OPERACION.   |
|    | Por personal especializado y de acuerdo al manual de operación.  | Por personal especializado y de acuerdo al manual de operación.  |
|    | MANTENIMIENTO.   | MANTENIMIENTO.   |
|    | Preventivo y correctivo por personal calificado.   | Preventivo y correctivo por personal calificado.   |

VERACRUZ, VER. A 28 DE DICIEMBRE DEL 2023.

ASENTAMIENTO  
 Precedo lo necesario

C.P. VICTOR ALARCÓN PELÁEZ  
 REPRESENTANTE LEGAL  
 OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCÍA, S.A. DE C.V.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

ANEXO T3 CEDULA DE VERIFICACIÓN DE LAS INSTALACIONES EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADAS

Instrucciones: Marque con una "X" el criterio que corresponda.

P=Ponderación: Requisito (I) Indispensable; (O) Opcional

SC= Si cumple NC= No cumple NA= No aplica

Se considera solvente cuando acredita el 100% de los Requisitos Indispensables

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

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

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

| Unidad de Hemodiálisis   | Total m <sup>2</sup> | Se ubica dentro de un Hospital |               |
|--|----------------------|--------------------------------|---------------|
|  |                      | Si                             | No            |
| a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris) |                      |                                |               |
|  | Total Máquinas       | Sero positivo                  | Sero negativo |
| b) Número de máquinas de Hemodiálisis  |                      |                                |               |
| Metros Cuadrados por máquina de hemodiálisis (a/b)   |                      |                                |               |
| Marca (s):   |                      |                                |               |
| Modelo (s):  |                      |                                |               |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA**

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA**

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

| No.      | Especificación o criterio a verificar  | P | SC | NC | NA |
|----------|--|---|----|----|----|
| <b>1</b> | <b>Instalaciones físicas</b>   |   |    |    |    |
| 1.1      | Área de recepción (ubicada a la entrada de la unidad con fácil acceso)   | I |    |    |    |
| 1.2      | Sala de espera   | I |    |    |    |
| 1.3      | Sanitarios   | I |    |    |    |
| 1.4      | Almacén  | I |    |    |    |
| 1.5      | Cuarto séptico con material para recoger excretas.   | I |    |    |    |
| 1.6      | Consultorio médico   | I |    |    |    |
| 1.7      | En vestíbulo, recepción y sala de espera hay adecuada ventilación, limpieza, señalamientos y áreas suficientes para que pacientes y familiares permanezcan sentados y cómodos.   | O |    |    |    |
| 1.8      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.</li> <li>Cuentan con recipientes rojos rígidos herméticos para residuos peligrosos punzo cortantes, en su caso con bolsas de color rojo y/o amarillo translúcido.</li> <li>Que los botes para basura municipal cuenten con bolsas y no se encuentren en ellos residuos peligrosos biológicos infecciosos.</li> </ul> | I |    |    |    |
| 1.9      | Rampas de acceso a la unidad para pacientes con capacidades diferentes, las cuales cuentan con pasamanos.  | O |    |    |    |
| 1.10     | Los pasillos y áreas comunes cuentan con los señalamientos necesarios para la adecuada circulación.  | O |    |    |    |
| 1.11     | Existe una adecuada distribución y separación de los lugares para efectuar la hemodiálisis y facilitar la vigilancia de la central de enfermería.  | I |    |    |    |
| 1.12     | El establecimiento de atención médica cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y está ubicada en lugares visibles al público.  | O |    |    |    |
| <b>2</b> | <b>Área de tratamiento dialítico por cada estación- paciente (Unidad)</b>  |   |    |    |    |
| 2.1      | Riñón artificial   | I |    |    |    |
| 2.2      | El área mínima para una máquina y sillón clínico será de 3.0 m <sup>2</sup> por estación   | I |    |    |    |
| 2.3      | Existe un área independiente para pacientes que requieren técnica de aislamiento.  | I |    |    |    |
| 2.4      | Cuenta con central(es) de enfermería con visibilidad de los pacientes  | I |    |    |    |
| 2.5      | Tomas o tanque portátil de oxígeno con los accesorios necesarios para su utilización (puntas nasales, mascarillas)   | I |    |    |    |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

| No. | Especificación o criterio a verificar  | P | SC | NC | NA |
|-----|--|---|----|----|----|
| 2.6 | Toma de aire o aspirador portátil con los accesorios para su utilización( cánula para aspiración)  | I |    |    |    |
| 2.7 | Cuenta con material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter y fistula   | I |    |    |    |
| 2.8 | Sillón Clínico para hemodiálisis   | I |    |    |    |
| 3   | <b>Área de lavado y Esterilización</b>   |   |    |    |    |
| 3.1 | Área de lavado y desinfección de material de curación.   | O |    |    |    |
| 3.2 | Si el establecimiento de atención médica de hemodiálisis es independiente del hospital debe contar con equipo esterilización, siempre y cuando no se utilice en su totalidad material desechable.            | O |    |    |    |
| 4   | <b>Área de tratamiento de agua para hemodiálisis</b>   |   |    |    |    |
| 4.1 | Cisterna con capacidad suficiente para el tamaño del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.   | I |    |    |    |
| 4.2 | Bombas de impulsión  | I |    |    |    |
| 4.3 | Filtros de sedimentación.  | I |    |    |    |
| 4.4 | Filtros ablandadores.  | I |    |    |    |
| 4.5 | Filtros de carbón activado (2 en línea).   | I |    |    |    |
| 4.6 | Ósmosis inversa.   | I |    |    |    |
| 4.7 | Filtros de polisulfona o de poliamida después de la ósmosis.   | I |    |    |    |
| 4.8 | Tanque de almacenamiento con características especiales para el establecimiento de atención médica de hemodiálisis.  | I |    |    |    |
| 4.9 | Red de distribución con llaves para toma de muestras.  | I |    |    |    |
| 5   | <b>Servicios Auxiliares</b>  |   |    |    |    |
| 5.1 | Planta eléctrica de emergencia con capacidad para el abastecimiento de la unidad.  | I |    |    |    |
| 5.2 | Cuenta con ambulancia para traslado de pacientes propia y/o contrato vigente, , debiendo contar con las características mínimas al menos como se indican en el numeral 4.1.4 Ambulancia de urgencias básicas | I |    |    |    |
| 5.3 | Contrato de prestación de servicio de laboratorio vigente.   | I |    |    |    |
| 6   | <b>Manuales y Registros</b>  |   |    |    |    |
| 6.1 | Resultados anual del análisis químico de la calidad del agua.  | I |    |    |    |
| 6.2 | Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua.  | I |    |    |    |
| 6.3 | Manual de procedimientos técnicos del servicio de hemodiálisis   | I |    |    |    |
| 6.4 | Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería  | O |    |    |    |
| 6.5 | Manual de operación de la máquina de hemodiálisis (en español).  | I |    |    |    |
| 6.6 | Manual de operación de la planta de tratamiento de agua.(en español)   | I |    |    |    |
| 6.7 | Archivo Clínico  | O |    |    |    |
| 6.8 | En el expediente se archivan las cartas de consentimiento informado  | O |    |    |    |
| 6.9 | El expediente se resguarda durante mínimo 5 años   | O |    |    |    |
| 7   | <b>Mantenimiento preventivo y correctivo</b>   |   |    |    |    |
| 7.1 | Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de las máquinas de hemodiálisis.  | I |    |    |    |
| 7.2 | Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta de tratamiento de agua.  | I |    |    |    |
| 7.3 | Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico.  | I |    |    |    |
| 7.4 | Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta eléctrica de emergencia.   | I |    |    |    |
| 7.5 | El personal encargado del mantenimiento cuenta con capacitación específica   | I |    |    |    |
| 7.6 | Existe un servicio de Ingeniería Biomédica propio o subrogado, responsable del mantenimiento del equipo  | O |    |    |    |
| 7.7 | Existe un plan por escrito para el mantenimiento preventivo del equipo.  | I |    |    |    |
| 8   | <b>Equipamiento de la unidad de hemodiálisis</b>   |   |    |    |    |
| 8.1 | Carro rojo con monitor y desfibrilador.  | I |    |    |    |
| 8.2 | Electrocardiógrafo   | I |    |    |    |
| 8.3 | Báscula  | I |    |    |    |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCENTRALIZADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIÁLISIS SUBROGADA

| No.       | Especificación o criterio a verificar   | P | SC | NC | NA |
|-----------|---|---|----|----|----|
| 8.4       | Silla de ruedas   | I |    |    |    |
| 8.5       | Carro de curaciones   | I |    |    |    |
| 8.6       | Camilla con barandales  | I |    |    |    |
| <b>9</b>  | <b>Área de consulta médica/Sala de procedimientos para las unidades que no se encuentren dentro de un hospital.</b> |   |    |    |    |
| 9.1       | Mesa de exploración   | I |    |    |    |
| 9.2       | Báscula   | I |    |    |    |
| 9.3       | Esfigmomanómetro.   | I |    |    |    |
| 9.4       | Estetoscopio  | I |    |    |    |
| 9.5       | Negatoscopio  | O |    |    |    |
| 9.6       | Carro de curaciones   | I |    |    |    |
| 9.7       | Tripiés rodables  | O |    |    |    |
| 9.8       | Bancos  | O |    |    |    |
| 9.9       | Bancos de altura  | O |    |    |    |
| 9.10      | Estuche de diagnóstico  | O |    |    |    |
| <b>10</b> | <b>Recursos Humanos</b>   |   |    |    |    |
| 10.1      | Certificado de especialización y cédula profesional del personal médico nefrólogo                                   | I |    |    |    |
| 10.2      | Copia títulos o certificados del personal de enfermería.  | I |    |    |    |
| 10.3      | Constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses.                                   | I |    |    |    |
| 10.4      | Existe un rol de turnos de los médicos y un registro de su cumplimiento.  | O |    |    |    |
| 10.5      | Se cumple con las cantidades planeadas por el establecimiento, de personal de enfermería.                           | I |    |    |    |
| <b>11</b> | <b>Insumos</b>  |   |    |    |    |
| 11.1      | Se tiene un inventario definido para cubrir las necesidades de insumos del establecimiento                          | O |    |    |    |
| 11.2      | Se cumple con el inventario mínimo establecido  | O |    |    |    |
| 11.3      | Se tiene un botiquín para los casos de urgencias y las necesidades más comunes.                                     | I |    |    |    |
| <b>12</b> | <b>Comités</b>  |   |    |    |    |
| 12.1      | Se cuenta con un Comité y registro de infecciones dentro del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.    | O |    |    |    |

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIÁLISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

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

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

|   |  |                     |
|---|--|---------------------|
| Proveedor:  | Nombre Unidad de Hemodiálisis Subrogada: | Fecha de la visita: |
| Localidad:  | Unidades Médicas IMSS:                   |                     |
| Domicilio:  |  |                     |
| Certificación del Consejo de Salubridad General SI ( ) NO ( ) Trámite ( ) |  |                     |
| Nombre del médico responsable de la unidad de hemodiálisis:               |  |                     |
| No. de equipos de hemodiálisis:   |  |                     |
| Marcas(s):  |  | Modelo(s):          |
| Número total de pacientes IMSS atendidos:                                 |  |                     |

| No. | Criterio a verificar  | Si cumple | No cumple | Instrucciones para el supervisor  | Observaciones |
|-----|---|-----------|-----------|---|---------------|
| 1   | Registro nominal de pacientes en hemodiálisis subrogados con: acceso vascular temporal o acceso vascular definitivo.            |           |           | Documento que observa el registro de pacientes subrogados, pacientes con acceso vascular temporal y acceso vascular definitivo.   |               |
| 2   | Periodicidad de las sesiones de hemodiálisis.   |           |           | Verificar evidencias documentales del número de sesiones realizadas por paciente, prescritas por el médico IMSS.  |               |
| 3   | Duración de las sesiones de hemodiálisis.   |           |           | Verificar evidencias documentales del tiempo de duración de las sesiones realizadas por paciente, prescritas por el médico IMSS.  |               |
| 4   | Resultado anual del análisis químico de la calidad del agua   |           |           | Validar el resultado de la prueba química de la calidad del agua.   |               |
| 5   | Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua, de la planta de tratamiento y máquinas de hemodiálisis. |           |           | Validar el resultado de las pruebas bacteriológicas de la calidad del agua.   |               |
| 6   | Sanitización del sistema de agua tratada.   |           |           | Documento que exhibe el registro de sanitizaciones realizadas al sistema de tratamiento de agua para hemodiálisis y debe contener la fecha, nombre y firma de quien lo efectuó. |               |
| 7   | Copia de certificado de especialización, cédula profesional del médico nefrólogo responsable de la unidad                       |           |           | Verificar copia de certificado de especialización y cédula profesional del médico nefrólogo responsable de la unidad del médico nefrólogo.                                      |               |
| 8   | Copia de títulos o certificados que comprueben estudios de enfermería.  |           |           | Verificar copia de títulos o certificados que comprueben estudios de enfermería.  |               |

L.C. LSA/ L.D. ASL/ L.D. LFQB



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

| No. | Criterio a verificar   | Si cumple | No cumple | Instrucciones para el supervisor  | Observaciones |
|-----|--|-----------|-----------|---|---------------|
| 9   | Existe por lo menos un médico por turno.   |           |           | Verificar documento de rol de médicos.  |               |
| 10  | Constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses del personal de enfermería.   |           |           | Documento que demuestre la constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses.  |               |
| 11  | Registro de tratamientos suspendidos y sus causas.   |           |           | Validar registro de tratamientos suspendidos y sus causas.  |               |
| 12  | Registro de pacientes según tipo de serología positiva   |           |           | Validar registro de pacientes según tipo de serología positiva  |               |
| 13  | Registro de pacientes con seroconversión   |           |           | Validar registro de pacientes con seroconversión  |               |
| 14  | Cumplimiento de lavado de manos por parte del personal de enfermería.  |           |           | Documento que demuestre capacitación en el lavado de manos  |               |
| 15  | Al ingreso al tratamiento de hemodiálisis, los pacientes deberán ingresar con indumentaria limpia, sin objetos que ocasionen contaminación durante la sesión de hemodiálisis |           |           | Verificar al ingreso de los pacientes al área gris del tratamiento de hemodiálisis no traigan objetos que pudieran contaminar durante el proceso del tratamiento. |               |

**POR EL INSTITUTO**

**NOMBRE Y FIRMA  
JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
/ DIRECTOR DE UMAE**

**VERIFICADOR POR EL INSTITUTO**

**NOMBRE Y FIRMA**

**POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**

**NOMBRE Y FIRMA  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS**

**PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS**

**NOMBRE Y FIRMA**





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

**ANEXO T5 (T-cinco) CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

OOAD: \_\_\_\_\_

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_

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

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

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

**ANEXO T6 (T-seis) CALENDARIO PARA ENTREGA MENSUAL DE CATÉTERES**

OOAD: \_\_\_\_\_

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_

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

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

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA  
 ADMINISTRADOR DEL CONTRATO**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA  
 REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

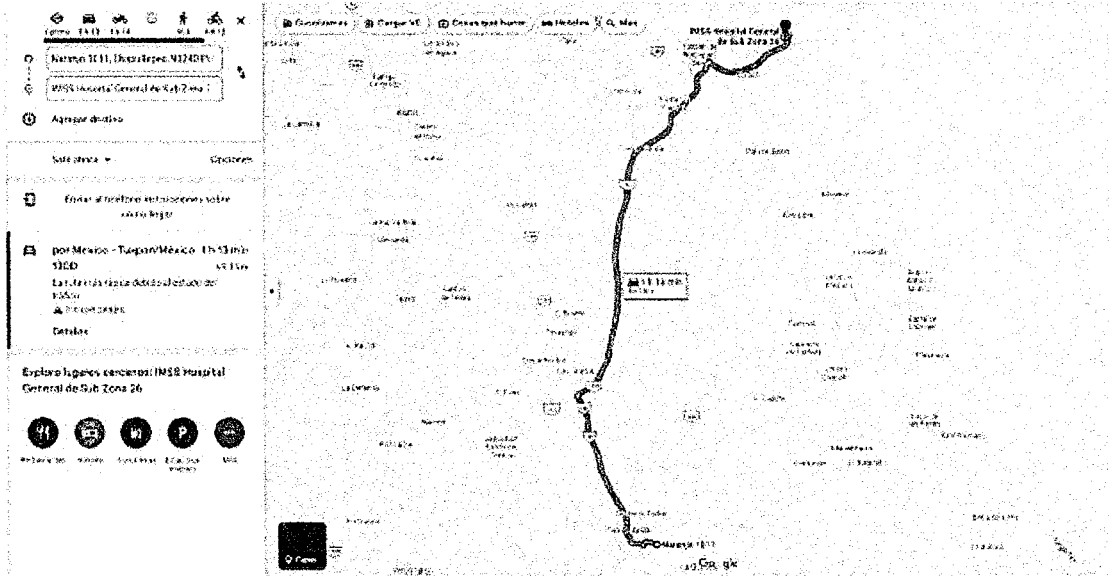
CONTRATO No. SEIA24311604-0007

Folio 02026

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

**SANTA LUCIA POZA RICA**

CALLE NARANJO ESQUINA LIMÓN, NÚMERO 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.



Protesto lo necesario

**DOMICILIO EN DONDE PRESTARÁ EL SERVICIO EL PROVEEDOR: CALLE NARANJO ESQUINA  
 LIMÓN No 1001, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 93240, POZA RICA, VERACRUZ**

L.C. / SA / L.D. AGL / L.D. LFQB



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ELIMINADO: EDAD, ESTADO CIVIL Y DOMICILIO FISCAL  
 FUNDAMENTO LEGAL: ARTS. 113-F-I, 108 Y 118 DE LA LGTAIP  
 MOTIVACION: SE CONSIDERA INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICADA O IDENTIFICABLE, CUYA DIFUSION PUEDE AFECTAR LA ESFERA JURIDICA DE LA MISMA

**- FACTURA DE AMBULANCIA PARA DAR EL SERVICIO DE TRASLADO**

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE AMBULANCIA, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE LA EMPRESA SERVICIOS ASISTENCIALES SOPORTE VITAL (SASV), REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR C. ARY ROBERTO LORENZO FERRAL, EN SU CARÁCTER DE APODERADO LEGAL. A QUIEN EN LO SUBSECUENTE SE LE DENOMINARA "EL PRESTADOR". POR OTRA PARTE, LA OPERADORA DE SERVICIOS DE SERVICIOS DE SALUD SANTALUCÍA POR EL SR VICTOR ALARCON PELAEZ, EN SU CARÁCTER DE APODERADO LEGAL, A QUIEN SE LE DENOMINARA "EL PRESTATARIO Y POR ULTIMO, CUANDO SE MENCIONE A LOS QUE INTERVIENEN SE DENOMINARAN "LAS PARTES" AL TENOR DE LAS SIGUIENTES:

**DECLARACIONES.**

**1.- "SASV", POR CONDUCTO DE SU APODERADO DECLARA:**

- a) Que es una persona física con actividad empresarial, debidamente constituida de conformidad con las Leyes de la República Mexicana llamarse ARY ROBERTO LORENZO FERRAL, ser de nacionalidad MEXICANA de [redacted] años de edad, estado civil [redacted], con domicilio fiscal en [redacted]
- b) Contar con los poderes y facultades necesarias y suficientes para celebrar el presente convenio, las cuales a la fecha no le han sido limitadas ni modificadas en forma alguna.
- c) Encontrarse debidamente inscrita en el registro federal de contribuyentes bajo el número LOFA740809P99
- d) Que para realizar el objeto social de "SASV", proveerá de los servicios de ASISTENCIA MEDICA en su modalidad de Ambulancia.

**2.- DECLARA "EL PRESTATARIO".**

- a) Tener plena capacidad legal para celebrar el presente contrato, así como para obligarse en todos y cada uno de los términos consignados en el presente contrato.
- a) Ser una Persona Física, llamarse VICTOR ALARCON PELAEZ, ser de nacionalidad MEXICANA de [redacted] años de edad, estado civil [redacted], con domicilio fiscal en [redacted]

EXPUESTO LO ANTERIOR LAS PARTES DE COMÚN ACUERDO CONVIENEN EN SOMETERSE A LOS SIGUIENTES TERMINOS

**SERVICIOS**

- Servicios de urgencias en ambulancia de terapia avanzada
- Apoyo en la atención de urgencia dentro de la clínica

"EL PRESTATARIO", se obliga a pagar a "SASV" por los servicios profesionales que prestará, la cantidad de acuerdo al siguiente arancel:

| Descripción                    | Por día   | Por servicios | IVA       | Costo total |
|--------------------------------|---|---------------|-----------|-------------|
| Ambulancia de terapia Avanzada | \$ 3,240.00                                       |               | \$ 518.40 | \$ 3,758.40 |
| per urgencia                   |   | \$ 1,000.00   | \$ 160.00 | \$ 1,160.00 |
| por traslado                   |   | \$ 800.00     | \$ 128.00 | \$ 928.00   |
| traslado ida y vuelta          |   | \$ 1,200.00   | \$ 192.00 | \$ 1,392.00 |
| traslado foráneo               | costo del servicio más kilometraje ambas sentidas |               |           | \$ 23.00    |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00573

El pago se realizará por medio de transferencia electrónica a la siguiente cuenta:

TITULAR : Ary Roberto Lorenzo Ferral  
CUENTA NO. [REDACTED] SUCURSAL: [REDACTED]  
BANCO: [REDACTED] PLAZA: [REDACTED]  
CLABE INTERBANCARIA [REDACTED]

"SASV" atenderá de ser necesario los servicios de conexión, es decir aquellos que serán cubiertos por la familia del paciente, y cuya coordinación por diversos motivos estará a cargo de "PRESTATARIO", para este tipo de servicios, queda sin efecto la contraprestación estipulada en la presente cláusula.

Forma de Pago.

Una vez que el área de contabilidad valide los montos a facturar por cada servicio "EL PRESTATARIO" cubrirá los honorarios a "SASV", previa recepción de la factura con todos los requisitos fiscales la cual vendrá acompañada de los informes o reportes del servicio prestados.

Secreto Profesional.

"SASV" se obliga a guardar la más estricta reserva y secreto respecto a los asuntos que le confié "EL PRESTATARIO" en la ejecución del presente contrato y solo podrá revelarlos a la o las personas que expresamente lo autoricé esta.

Vigencia.

La vigencia de la prestación de los servicios será por tiempo indefinido y el "PRESTATARIO" y "SASV", por su cuenta, si así conviene a sus intereses, tendrá derecho a darlo por terminado en cualquier tiempo, sin responsabilidad y sin necesidad de previa declaración judicial, mediante aviso por escrito enviado a la otra parte por lo menos con veinte días naturales de antelación a la fecha efectiva de terminación.

Domicilio.

Para todos los efectos legales a que haya lugar las partes señalan como su domicilio los siguientes:

|  |   |
|--|---|
| <b>SERVICIOS ASISTENCIALES SOPORTE VITAL</b><br>Calle Choapas 63 colonia Petromex<br>Poza Rica Ver.<br>Email: soporte.vital.17@gmail.com | <b>UNIDAD DE HEMODIALISIS SANTA LUCIA</b><br>Calle limón esquina Naranjos col. Chapultepec<br>Poza Rica, Ver. |
|--|---|

"LAS PARTES" se obligan a notificar por escrito en forma indudable cualquier cambio que hubiere en los domicilios, teléfonos o correo electrónico antes mencionados, en la negligencia que, en caso de no hacerlos, toda comunicación que este dirigida al último domicilio igualmente surtirán sus efectos legales.

Últimos Acuerdos.

El presente instrumento contiene los últimos acuerdos de las partes en cuanto a los servicios contratados se refiere.

Cualquier otro acuerdo, convenio, contrato oral o escrito, celebrado por los contratantes con anterioridad, queda sin efecto a partir de la fecha.

Cualquier modificación a lo estipulado en este instrumento deberá constar por escrito firmado por ambas partes, si no contara con este requisito no tendrá validez alguna.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

**Folio 00574**

**Interpretación de Competencia.**

Para la interpretación y cumplimiento de este contrato, las partes se someten a las leyes, jurisdicción y competencia de los tribunales de la Ciudad de México, renunciando a cualquier otro fuero de domicilio que tuviesen o llegasen a adquirir.

LAS PARTES MANIFIESTAN QUE ES SU VOLUNTAD TRANSCRITA EN ESTE CONTRATO Y NO SE VIO INFLUENCIADA POR NINGÚN VICIO QUE PUDIERAN NULIFICARLO EN TODO O EN PARTE POR LO QUE ENTERADAS DE SU CONTENIDO, ALCANCE Y FUERZA LEGAL, LO FIRMAN POR DUPLICADO EN LA CIUDAD DE POZA RICA VER, EL DÍA 22 DE MAYO DEL 2023.

"EL PRESTATARIO"

C. VICTOR PELÁEZ ALARCÓN

"SASV"

C. ARY ROBERTO LORENZO FERRAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

-SERVICIO DE LABORATORIO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCENTRALIZADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

Folio 00575



GRUPO 01948  
 DIAGNÓSTICO  
 ARIES.

EL LABORATORIO: SERVICIO DE DIAGNÓSTICO DE ARRIES S.A. DE CV  
 EL CLIENTE: OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCÍA, S.A. DE CV

CPY: GDA-003-0037

Página 1 de 12

CARATULA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y/O DE GABINETE.

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

- \*FAVOR DE LLENAR TODOS LOS CAMPOS EN AZUL Y VERDE.
- \*EL MARCADOR DEFEITO DEBE Ponerse EN EL DERECHO.
- \*EL MARCADOR DE AMARILLO DEBE SER LLENADO EN EL INTERESADO.

|   |  |
|---|--|
| *APARTADO 0   | 27 DE FEBRERO DE 2023  |
| FECHA DE FIRMA  |  |
| *SELECCIONAR (X) SI MARCADOR QUE PRESTARÁN LOS SERVICIOS  |  |
| APARTADO 1  | <input checked="" type="checkbox"/> LABORATORIO LISTER CENTRO MEDICO DE TAMPICO, S.A. DE CV.   |
| *LOS LABORATORIOS*  |  |
| *SELECCIONAR (X) SI APODERADOS QUE FIRMARÁN EL CONTRATO:  |  |
| APARTADO 2  | <input checked="" type="checkbox"/> C.P. RUBEN FERNANDO BARBA BOARDMAN Y LIC. JOHNNY HERNANDEZ FIGUEROA  |
| *APROBADO LEGALES DE "LOS LABORATORIOS"   |  |
| *APARTADO 2.1   | ALTAMIRA 104 OTE PTA BAJA COL. CENTRO CP 89000 TAMPICO, TAMPS.   |
| DOMICILIO CONVENCIONAL DE "LOS LABORATORIOS"  |  |
| *EN CASO DE SER PERSONA MORAL CONOCER LA RAZÓN SOCIAL. EN CASO DE SER PERSONA FÍSICA CONOCER EL NOMBRE COMPLETO.*         |  |
| APARTADO 3  | OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCÍA, S.A. DE CV.   |
| RAZÓN SOCIAL/NOMBRE COMPLETO DE "EL CLIENTE"  |  |
| *EN CASO DE QUE SEA LA MISMA PERSONA FÍSICA QUE HAY QUE APARECER COMO APODERADO. CONOCER EL NOMBRE COMPLETO.*             |  |
| APARTADO 4  | VICTOR ALARCON PELAEZ  |
| APROBADO LEGALES DE "EL CLIENTE"  |  |
| APARTADO 4.1  | NARANJO 1001 ESQUINA UNICOM, COLONIA CHAPULTEPEC, POZARICA DE HIDALGO VERACRUZ, VERACRUZ C.P. 93240  |
| DOMICILIO CONVENCIONAL DE "EL CLIENTE"  |  |
| *COMPARE CON ÚNICA (X) SI EL DOMICILIO CONVENCIONAL Y EL DOMICILIO FISCAL SON EL MISMO Y DEJA EN BLANCO SI APARTADO 4.2 * |  |
| APARTADO 4.2  | CALLE ADOLFO PRIETO NÚM. 1020, ENTRE CALLE SAN BORJA Y AVENIDA JESÚS EUGENIA, COL. DEL VALLE, C.P. 03100, DELEGACIÓN BENITO JUÁREZ, CIUDAD DE MÉXICO, C.P. 03100 |
| DOMICILIO FISCAL DE "EL CLIENTE"  |  |
| APARTADO 4.3  | Hay o no aplica para este tipo de contrato   |
| ¿APLICA EN CASO DE APLICAR DE "EL CLIENTE"  |  |
| APARTADO 4.4  | 053080331528   |
| RFC DE "EL CLIENTE"   |  |
| *APARTADO 5   | 03048  |
| CLAVE   |  |
| *APARTADO 6   | 1 AÑO  |
| VALENCIA  |  |
| APARTADO 7  | 7444855752, 7444863604   |
| CONTACTO PARA FACILITACIÓN Y/O SERVICIO   | EXT 2760   |

Aviación Civil #31, Col. Industrial Puerto Aéreo, Asistida Venustiano Carranza C.P. 15540 CDMX.  
 grupodiagnosticoaries.com





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

Folio 00576



GRUPO 01048  
DIAGNÓSTICO  
ARIES

EL LABORATORIO: GRUPO DIAGNÓSTICO ARIES S.A. DE C.V.  
EL CUENTE: GOBERNADORA DE SERVICIOS DE SALUD TAMPICO S.A. DE C.V.

CPE 014-007-2024

Página 2 de 12

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS (EN LO SUCESIVO EL **CONTRATO**) QUE CELEBRAN DE MANERA CONJUNTA LAS RAZONES SOCIALES MENCIONADAS EN EL **APARTADO 1**, A QUIENES EN CONJUNTO SE LES DENOMINARÁ **LOS LABORATORIOS**, TODAS ELLAS REPRESENTADAS DE FORMA MANCOMUNADA POR LAS PERSONAS MENCIONADAS EN EL **APARTADO 2**, POR LA OTRA PARTE LA MENCIONADA EN EL **APARTADO 3** A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO **EL CUENTE**, REPRESENTADA POR LA/LAS PERSONA(S) MENCIONADA(S) EN EL **APARTADO 4** Y QUE EN CONJUNTO CON **LOS LABORATORIOS** SE LES DENOMINARÁ COMO **LAS PARTES**, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLAUSULAS:

**DECLARACIONES**

- I. Los representantes legales de **"LOS LABORATORIOS"** declaran que:
- A) Todas ellas son sociedades anónimas legalmente constituidas bajo las leyes mexicanas

|                        |   |                             |
|------------------------|---|-----------------------------|
| RAZÓN SOCIAL           | LABORATORIO LISTER CENTRO MEDICO DE TAMPICO, S.A. DE C.V.         |                             |
| ESCRITURA CONSTITUTIVA | NÚMERO DE ESCRITURA   | 1400                        |
|                        | FECHA DE ESCRITURA  | 15 DE MARZO 1989            |
|                        | NOMBRE DEL NOTARIO  | OSCAR JOSE CASANOVA SANCHEZ |
|                        | NÚMERO DE NOTARÍA/CIUDAD, ESTADO                                  | 8                           |
|                        | CIUDAD DE REGISTRO PÚBLICO DEL COMERCIO                           | TAMPICO, TAMAULIPAS.        |
|                        | FOLIO MERCANTIL   | 230                         |
|                        | FECHA DE INSCRIPCIÓN A REGISTRO                                   | 27 DE ABRIL DE 1989         |
| ESCRITURA PODER        | NÚMERO DE ESCRITURA   | 27,968                      |
|                        | FECHA DE ESCRITURA  | 27 DE OCTUBRE 2022          |
|                        | NOMBRE DEL NOTARIO  | FRANCISCO JAVIER MATA ROJAS |
|                        | NÚMERO DE NOTARÍA/CIUDAD, ESTADO                                  | 49                          |
| RFC                    | LCC890327G06  |                             |
| DOMICILIO FISCAL       | CALLE DR CARLOS CANSECO 25 NORTE COLONIA TAMPICO CENTRO C.P.89000 |                             |

**LOS REPRESENTANTES DE EL LABORATORIO DECLARAN QUE:**

- A) Sus representadas forman parte del grupo denominado **"GRUPO DIAGNOSTICO ARIES"**.
- B) La principal actividad de sus representadas consiste en proporcionar los servicios de laboratorio y análisis clínicos, por lo que cuenta con el personal e instalaciones con las que cuenta para este fin están debidamente adecuadas, y cuentan con las autorizaciones necesarias de las autoridades competentes, por lo que su actividad está apegada a la ley general de salud, las normas oficiales mexicanas y demás disposiciones aplicables a la materia.
- C) Cuenta con la organización y los recursos necesarios para cumplir con las obligaciones que el presente **CONTRATO** le impone, así como el personal cuenta con la experiencia y la capacidad profesional y ética que se requerirá para prestar a favor de **EL CUENTE** los servicios que se describen en los términos del presente **CONTRATO** que debidamente firmado por **LAS PARTES**, forma parte integrante del mismo (en adelante conjunta o individualmente identificados como los **"SERVICIOS"**) mismos que se describen más adelante en el apartado de **DEFINICIONES** del presente **CONTRATO**.

Aviación Civil #31, Col. Industrial Puerto Aéreo, Alcaldía Venustiano Carranza C.P. 05540 CDMX  
grupodiagnosticoaries.com



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA**

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA**

**Folio 00577**



GRUPO 01048  
 DIAGNÓSTICO  
 ARIES.

"EL LABORATORIO": GRUPO DE DIAGNÓSTICO ARIES S.A. DE C.V.  
 "EL CLIENTE": OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA S.A. DE C.V.

CPS 654-037-0032

Página 3 de 12

D) Es su deseo prestar los **SERVICIOS** de análisis clínicos y estudios de gabinete a favor de las personas que autorice **EL CLIENTE**, bajo los términos y condiciones que se contienen en el presente **CONTRATO**.

E) Que su domicilio convencional que señala para efectos de oír y recibir notificaciones es el señalado en el **APARTADO 2.1**

2.1

**EL/LOS APODERADO(S) LEGAL(ES) DE EL CLIENTE DECLARA(N) QUE:**

A) Su representada es una sociedad legalmente constituida, según consta en:

"EN CASO DE SER PERSONA FÍSICA"

|                        |  |
|------------------------|--|
| DOMICILIO CONVENCIONAL | Haga clic o pulse aquí para escribir texto.            |
| DOMICILIO FISCAL       | Haga clic o pulse aquí para escribir texto.            |
| CURP                   | *EL MENCIONADO EN EL APARTADO 4.3 (EN CASO DE APLICAR) |
| RFC                    | Haga clic o pulse aquí para escribir texto.            |

"EN CASO DE SER UNA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLEJADA (S.A.S.)"

|  |   |
|--|---|
| FOLIO DE CONSTITUCIÓN                                    | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| DE FECHA   | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| DIRECCIÓN PERMANENTE DEL XML DEL DOCUMENTO CONSTITUTIVO: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

"EN CASO DE SER UNA SOCIEDAD CON RÉGIMEN ESPECIAL DE UNA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLEJADA (S.A.S.) Y DE C.A. DE C.V. S.A. DE C.V. (E.C.V.)"

|  |                              |
|--|------------------------------|
| ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO/<br>PÓLIZA NÚMERO                           | 5182                         |
| DE FECHA   | 31/MARZO/2008                |
| ANTE LA FE DEL LICENCIADO(A)<br>NOTARIO/CORREDOR PÚBLICO             | LIC. LUIS AREVALO CONTRERAS  |
| NÚMERO DE NOTARÍA/CORREDURÍA   | NOTARIO UNO                  |
| CON EJERCICIO EN LA CIUDAD DE  | PLAZA DEL ESTADO DE GUERRERO |
| INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO<br>DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO DE | ACAPULCO GUERRERO            |
| BAJO EL FOLIO NÚMERO   | 9167*17                      |
| DE FECHA   | 03/ABRIL/2008                |

"EN CASO DE HABER REALIZADO REFORMAS DE ESTATUTOS (POR CAMBIO DE DENOMINACIÓN, CAMBIO DE RÉGIMEN, CAMBIO DEL OBJETO SOCIAL, ETC.)  
 "EMPLAZADO EN LA FECHA DE LA REFORMA"

|  |   |
|--|---|
| ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO/<br>PÓLIZA NÚMERO               | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| DE FECHA   | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| ANTE LA FE DEL LICENCIADO(A)<br>NOTARIO/CORREDOR PÚBLICO | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| NÚMERO DE NOTARÍA/CORREDURÍA                             | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| CON EJERCICIO EN LA CIUDAD DE                            | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO<br>DE LA PROPIEDAD DE    | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| BAJO EL FOLIO NÚMERO                                     | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| DE FECHA   | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

Aviación Civil #31, Col. Industrial Puerto Aéreo, Alcaldía Venustiano Carranza C.P. 16540 CDMX  
 grupodiagnosticoaries.com



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA**  
**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**  
**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA**

**Folio 00578**



GRUPO 01048  
**DIAGNOSTICO  
 ARIES.**

"EL LABORATORIO": GRUPO DE DIAGNOSTICO MEDICO A.R.I.E.S. S. DE CV.  
 "EL CLIENTE": COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

EPS 004-001 2023

Página 4 de 12

B) Su representante tiene facultades para firmar el presente **CONTRATO**, las cuales a la fecha no les han sido modificadas, revocadas ni restringidas en forma alguna y constan en la escritura pública:

\*ENCASO DE SER LA **PERSONA FÍSICA** QUE ENTONCES FAVOR DE DEJAR EN BLANCO EL SIGUIENTE APARTADO\*

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO/<br>FOLIA NÚMERO   | 32,439                        |
| DE FECHA  | 23/01/2020                    |
| ANTE LA FE DEL LICENCIADO(A)<br>NOTARIO/CORREDOR PÚBLICO                          | DR. ARTURO BETANCOURT SOTELLO |
| NÚMERO DE NOTARÍA/CORREDURÍA  | 13                            |
| CON EJERCICIO EN LA CIUDAD DE   | ACAPULCO DE JUÁREZ GUERRERO   |
| INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD DE LA<br>PROPIEDAD Y DEL COMERCIO | ACAPULCO GUERRERO             |
| BAJO EL FOLIO NÚMERO  | 9367*17                       |
| DE FECHA  | 03/ABRIL/2008                 |

C) Desea que **EL LABORATORIO** proporcionen a sus **USUARIOS** los **SERVICIOS** materia del presente **CONTRATO**

**DEFINICIONES**

A) **ANEXO/ANEXOS**: Son todos aquellos documentos agregados al final del **PRESENTE CONTRATO**, los cuales se identifican con números y forman parte integrante del presente **CONTRATO**.

B) **SERVICIO(S)**: Son todas aquellas análisis clínicos, estudios de imagen y gabinete, así como estudios de especialidades médicas que llevan a cabo **EL LABORATORIO** en sus sucursales y/o lugar donde las partes acuerden previo costo establecido y la naturaleza del estudio así lo permita, quedando exceptuados aquellos que utilicen medios de contraste, los cuales son entregados a los **USUARIOS** en los tiempos definidos por **EL LABORATORIO**, de acuerdo con el tipo de estudio y/o análisis que se especifican en el **ANEXO 1**.

La disponibilidad de los **SERVICIOS** en las diferentes sucursales está sujeta a cambio sin previo aviso, por ello el usuario deberá confirmar vía telefónica al centro de Atención Telefónica de la sucursal de su interés.

C) **PASE DE ADMISIÓN ("PASE")**: Es el documento, número de folio o convenio y/o credencial otorgado por el **CLIENTE**, el cual los **USUARIOS** exhibirán invariablemente, junto con una identificación oficial, para la prestación de los **SERVICIOS**.

D) **USUARIOS**: Son aquellas personas autorizadas y referidas por **EL CLIENTE** a **EL LABORATORIO** para la realización de los exámenes de admisión y/o perfiles periódicos, mediante la presentación del **PASE DE ADMISIÓN** debidamente requisado por **EL CLIENTE**.

E) **PRECIOS**: Son los montos vigentes al público a pagar por cada **SERVICIO** y en su caso por cada sucursal, mismos que se agregan al presente **CONTRATO** como **ANEXO 1**. Los precios estarán sujetos a cambio, lo cual deberá ser notificado con 15 (quince) días hábiles de anticipación a **EL CLIENTE** para que el mismo apruebe dicho aumento, en caso de que la

Aviación Civil #31, Col. Industrial Puerto Aéreo, Alredía Venustiano Carranza C.P. 15540 CDMX.  
 grupodiagnosticoaries.com



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00579



GRUPO 01048  
 DIAGNOSTICO  
 ARIES

"EL LABORATORIO": CENTRO DE DIAGNOSTICOS ARIES S.A. DE C.V.  
 "EL CLIENTE": OPERADOR DE SERVICIOS DE SALUD SANTA ILDA, S.A. DE C.V.

CP. 06400-007

Página 5 de 12

esta lista de precios no sea aprobada por **EL CLIENTE** ambas **PARTES** deberán firmar el **CONTRATO** de terminación correspondiente para dar terminada la relación contractual.

F) **SUCURSALES:** Son todas aquellas instalaciones presentes o futuras, fijas o móviles donde **EL LABORATORIO** presta sus **SERVICIOS**.

G) **PORTE INCUMPLIDA:** Es **LA PARTE** que ha faltado y/o omitido alguna de sus obligaciones pactadas en el presente **CONTRATO**.

H) **PORTE AFECTADA:** Es **LA PARTE** que sufre las consecuencias de la omisión realizada en algunas de las obligaciones por **LA PARTE INCUMPLIDA**.

Exposto lo anterior, **LAS PARTES** de común acuerdo convienen que el presente **CONTRATO** sustituye cualquier acuerdo, contrato o convenio previo celebrado con anterioridad, por lo que expresan su voluntad para someterse a las siguientes:

**CLAUSULAS**

**PRIMERA. OBJETO.** El presente **CONTRATO** tendrá como objeto la realización de los **SERVICIOS** que **EL LABORATORIO** o cualquiera de sus filiales y/o subsidiarias realizará a los **USUARIOS**, cuyos precios, tiempos de entrega y lugar para su prestación pactaron **LAS PARTES** en los anexos del presente **CONTRATO**.

**SEGUNDA. PRESTACION DE LOS SERVICIOS.** Los **SERVICIOS** incluidos en el presente **CONTRATO** serán los estrictamente mencionados en el **ANEXO 1**, los cuales serán prestados por **EL LABORATORIO** en sus propias instalaciones ya sean fijas, móviles y/o en el lugar donde **LAS PARTES** acuerden previo costo establecido y la naturaleza del estudio así lo permita.

En el caso de que **EL CLIENTE** solicite estudios especiales o que no se especifiquen en el **ANEXO 1**, deberá hacerlo del conocimiento de **EL LABORATORIO**, mediante escrito dirigido a este último con 15 (quince) días hábiles de anticipación a la fecha en que requiera la aplicación de los nuevos servicios, documento que previo aceptación y firma de ambas **PARTES** se considerará y surtirá todos los efectos legales de un addendum al presente **CONTRATO** y obligará a ambas **PARTES**. En caso de que **LAS PARTES** no firmen el convenio correspondiente para estudios especiales, **EL CLIENTE** se sujetará a los precios de lista vigentes.

El tiempo de entrega del resultado de los **SERVICIOS** estará sujeto a los tiempos fijados por **EL LABORATORIO** por las normas oficiales para su análisis y/o interpretación, así como al cumplimiento de pago oportuno de los mismos por parte de **EL CLIENTE**. El tiempo de entrega se puede ver afectado en caso de ocurrir un evento de caso fortuito o fuerza mayor, con independencia de lo anterior, **EL LABORATORIO** en todo momento harán su mejor esfuerzo para entregar los resultados de los **SERVICIOS** en los tiempos que los eventos lo permitan.

**EL USUARIO**, para recibir cualquiera de los **SERVICIOS**, invariablemente deberá presentar el **PASE**, así como la identificación oficial que lo acredite. En caso de omisión, (i) no se prestarán los **SERVICIOS** bajo las condiciones y/o beneficios del presente **CONTRATO**, y podrá suspenderse la prestación del **SERVICIO** a **EL USUARIO**; (ii) o bien este tendrá que realizar el pago de contado sin descuento alguno, sin que esto se entienda incumplimiento por parte de **EL LABORATORIO**.

Aviación Civil #31, Col. Industrial Puerto Aéreo, Alcaldía Venustiano Carranza CP. 15540 CDMX.  
 grupodiagnosticoaries.com



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00580



GRUPO 03048  
 DIAGNÓSTICO  
 ARIES

EL LABORATORIO: GRUPO DE DIAGNÓSTICO ARIES, S.A. DE C.V.  
 EL CLIENTE: OPERACIONAL DE SERVICIO DE SALUD SANTA LUCÍA, S.A. DE C.V.

CPS: 5116-007-0022

Página 6 de 12

**EL LABORATORIO** manifiestan que los **SERVICIOS** prestados cumplen con las disposiciones legales previstas en la legislación de salud, sus reglamentos y normas oficiales aplicables, así como que su personal cuenta con la capacitación suficiente para ello, asumiéndose como responsable directo por la negligencia, debidamente demostrada y declarada por autoridad competente en que llegase a incurrir.

**TERCERA. VIGENCIA. LAS PARTES** acuerdan que la vigencia del presente **CONTRATO** será la mencionada en el **APARTADO 6** contado a partir de la firma del presente **CONTRATO**, contando con renovación automática por el mismo periodo.

Asimismo, **LAS PARTES** acuerdan que la renovación antes mencionada implicará un ajuste en los precios inicialmente pactados, por lo que se aplicará el incremento que para tal fecha se encuentre vigente en la lista de precios de **EL LABORATORIO**, el cual será notificado por escrito a **EL CLIENTE**.

Asimismo, acuerdan, que éste podrá ser terminado de manera anticipada por cualquiera de las Partes mediante aviso previo por escrito con 30 (treinta) días hábiles a la fecha en que se pretenda dar por terminado dicho acto jurídico.

**CUARTA. COSTO DE LOS SERVICIOS. LAS PARTES** acuerdan que el costo por la prestación de los **SERVICIOS** será el señalado en el **ANEXO 1** y/o en los addendums o contratos modificatorios asentados posteriormente por **LAS PARTES**.

**QUINTA. FORMA DE PAGO. EL CLIENTE** se obliga a pagar a **EL LABORATORIO** en cualquiera de sus filiales y/o subsidiarias de las que requiere el servicio por la prestación de los **SERVICIOS** efectivamente prestados, las cantidades señaladas en las facturas enviadas a este y a favor de la razón social de quien emite la factura, las cuales deberán reunir los requisitos fiscales aplicables.

**EL LABORATORIO** enviará a **EL CLIENTE** al correo brindado por **EL CLIENTE**, mismo que se establece en el **APARTADO 7**, para su revisión, y previo a la emisión de las facturas, un reporte donde se desglosen los **SERVICIOS** prestados; **EL CLIENTE** deberá de responder en un plazo que no deberá ser mayor a 72 (setenta y dos) horas, y en caso de que transcurrido este plazo **EL CLIENTE** no de respuesta al reporte, se entenderá aceptado de conformidad y quedará en consecuencia obligado a pagar dentro de los 30 (TREINTA) días naturales siguientes de emitida la factura correspondiente, mediante cheque de caja, depósito o a través de transferencia electrónica a la cuenta que se asigna:

| Titular de la cuenta                                     | Banco | No. De Cuenta | CLABE Interbancaria |
|--|-------|---------------|---------------------|
| LABORATORIO LISTER CENTRO MEDICO DE TAMPICO S.A. DE C.V. |       |               |                     |

En caso de incumplimiento en el pago en la fecha establecida de cualquier suma que estuviera obligado a cubrir conforme a este **CONTRATO**, **EL CUENTE** deberá pagar a **EL LABORATORIO**, sin necesidad de requerimiento judicial, en forma mensual, intereses moratorios sobre la cantidad no pagada, a una tasa del tres por ciento (3%) mensual, en el entendido que los intereses moratorios se generarán durante todo el tiempo en que subsista la mora.

Con independencia de lo anterior, **EL LABORATORIO** podrán suspenderán de manera inmediata la entrega de resultados y la prestación de los **SERVICIOS** a **EL CLIENTE** por no realizar el pago de sus facturas en el tiempo establecido. **EL LABORATORIO** solo quedará obligado a otorgarnos resultados de los **SERVICIOS** efectivamente pagados.

Aviación CMR #31, Col. Industrial Puerto Aéreo, Alcaldía Venustiano Carranza, C.P. 85540, CDMX.  
 grupodiagnosticoaries.com

ELIMINADO: DATOS CUENTA BANCARIA  
 FUNDAMENTO LEGAL: ARTS. 113-F-III, 108 Y 118 DE LA LGTAIP  
 MOTIVACION: SE CONSIDERA INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA MORAL INHERENTE A SU PATRIMONIO

L.C. LSA/L.D. ASL/L.D. LFQB  
 DEPARTAMENTO DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00581



GRUPO 01048  
 DIAGNOSTICO  
 ARIES

EL LABORATORIO: SP. POCE O MÉDICO ARIES S.A. DE CV.  
 EL CLIENTE: \* CPE PARA LA SERVICIOS DE SALUD SAHTEL S.A. DE CV.

SP. 054-007-001

Página 7 de 12

Una vez que **EL CLIENTE** realice el pago de las facturas vencidas e intereses moratorios y **EL LABORATORIO** hayan confirmado y registrado el pago, se podrá reanudar la entrega de resultados y la prestación de los **SERVICIOS**.

Para el caso de que subsista la falta de pago oportuno por segunda ocasión, esto dará motivo suficiente a la terminación anticipada de **CONTRATO**, sin responsabilidad para **EL LABORATORIO** y sin necesidad de resolución judicial, con la obligación inmediata de pago total del monto adeudado con sus intereses moratorios indicados en líneas precedentes. Además **EL CLIENTE** será responsable de cubrir todos los gastos judiciales y extrajudiciales, así como honorarios de abogados, conciliadores, mediadores y/o cualquier otro servicio que **EL LABORATORIO** requiera para la terminación del presente contrato y el cobro de cualquier monto adeudado por **EL CLIENTE**. Lo mencionado en la presente cláusula no se contrapone con lo señalado en la cláusula décima primera.

En caso de que **EL LABORATORIO** no cumplieren con la entrega de resultados o con la prestación de los **SERVICIOS** de acuerdo a lo establecido en el presente contrato, esto siempre y cuando no sea por caso fortuito o fuerza mayor, **EL CLIENTE** podrá solicitar la rescisión del presente **CONTRATO** conforme a lo establecido en la cláusula décima primera.

**SEXTA. INDEPENDENCIA DE LAS PARTES.** LAS PARTES manifiestan que el presente **CONTRATO** se celebra de forma no exclusiva y que el mismo no debe interpretarse como constitutivo de cualquier tipo de mandato, asociación, incorporación, asociación en participación, joint venture, afiliación, representación o sociedad, ni crea vínculo alguno de carácter profesional, laboral, obligación solidaria, patronal entre **EL CLIENTE** y **EL LABORATORIO** ni con alguno de sus empleados de éstos, por lo que cada parte será responsable directo del cumplimiento de obligaciones fiscales, laborales, de seguridad social, civiles o de cualquier otra especie, inclusive de accidentes suscitados durante o por la prestación de **LOS SERVICIOS**.

**SÉPTIMA. CONFIDENCIALIDAD.** LAS PARTES se obligan a mantener y observar plena confidencialidad en todo lo referente a la información obtenida en o con motivo del presente **CONTRATO**, (incluida en dicha información de manera enunciativa más no limitativa: clientes, proveedores, funcionarios, productos, etc.), obligándose a guardar absoluta reserva y sigilo de la misma, así como a abstenerse de utilizarla, no obstante que el presente **CONTRATO** se dé por terminado, siendo la **PARTÉ INCUMPLIDA** responsable de los daños y perjuicios que se causen a la **PARTÉ AFECTADA**.

No se considerará como información confidencial, aquella información que es o deriva del dominio público o que de acuerdo con las leyes aplicables sea considerada como tal.

LAS PARTES se obligan a:

- No divulgar a terceras personas, en todo o en parte, la información recibida con motivo del presente **CONTRATO**.
- No reproducir la información recibida, salvo que cuente con autorización por escrito de la otra parte y/o resulte necesaria para el cumplimiento del objeto de este **CONTRATO**.
- No utilizar, en todo o en parte, la información recibida para fines distintos al objeto del presente **CONTRATO**.

Si **EL LABORATORIO** proporcionan información a cualquiera de sus empleados, subsidiarias o filiales, éstas quedarán obligadas en los términos del presente **CONTRATO**.

Una parte podrá divulgar la información entregada a la otra, sin incurrir en ningún incumplimiento a la presente cláusula, sólo en el caso en que sea por requerimiento de alguna autoridad administrativa o judicial competente, caso en el cual, la parte

Asociación Civil #31, Col. Industrial Puerto Aéreo, Alcaldía Venustiano Carranza C.P. 15540 CDMX.  
 grupodiagnosticoaries.com



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00582



GRUPO 01048  
 DIAGNÓSTICO  
 ARIES.

EL LABORATORIO GRUPO DIAGNÓSTICO ARIES, S. DE CV  
 "ARIES" COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE ABASTECIMIENTO, S. DE CV

C.P. 01540 2012

Página 8 de 12

requerida, deberá notificar en las siguientes 72 (setenta y dos) horas tal situación a la otra a efecto que junto con la requirida tome las acciones legales que considere pertinentes.

**OCTAVA. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.** En adición a lo establecido en la cláusula de confidencialidad, **EL LABORATORIO** o cualquiera de sus filiales y/o subsidiarias se comprometen a mantener en confidencialidad y la protección de los datos personales de los **USUARIOS** de conformidad con el aviso de privacidad, que se encuentra en la página web de **EL LABORATORIO** y de cualquiera de sus marcas.

Cabe resaltar que el responsable de los datos personales será únicamente quien realice la prestación de **LOS SERVICIOS**.

**LAS PARTES** manifiestan que durante la relación que median, existirá tratamiento y remisión de datos personales, en consecuencia, en su caso se establece que ambas partes tomarán el rol de responsable y encargado

**EL LABORATORIO** podría realizar la transferencia de los datos personales o datos sensibles de las personas que refieren **EL CLIENTE** cuando sea exigida legalmente por las autoridades competentes.

Asimismo, cada una de **LAS PARTES** se liberan mutuamente desde este momento y se comprometen a ser responsables y salvo de cualquier acción u omisión que se realice respecto del tratamiento de datos personales, en los que se incluye de forma enunciativa más no limitativa, errores u omisiones de su aviso de privacidad, inobservancia de los principios de protección de datos personales y de los deberes establecidos en la ley, así como de cualquier otra obligación establecida por la legislación de la materia.

Para la atención de una solicitud de derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, los titulares deberán deducir el procedimiento establecido por cada uno de **LAS PARTES** que le corresponda.

**NOVENA.- ANTICORRUPCIÓN.** **LAS PARTES** se comprometen a que, a la fecha del presente **CONTRATO**, ni ellas, ni sus directores, funcionarios o empleados han ofrecido, prometido, entregado, autorizado, solicitado o aceptado alguna ventaja indebida, económica o de otro tipo (incluyendo que lo harán o pueden hacerlo en algún momento futuro) relacionada de algún modo con el **CONTRATO** y que habrán adoptado medidas razonables para evitar que lo hagan los subcontratistas, agentes o cualquier otro tercero que esté sujeto a su control o a su influencia determinante.

**LAS PARTES** acuerdan que, en todo momento en relación con este **CONTRATO**, y durante su vigencia, cumplirán y adoptarán medidas razonables para asegurarse de que sus subcontratistas, agentes u otros terceros sujetos a su control o a su influencia determinante, incluyendo pero no limitado a consultores generales, revendedores, subcontratistas, franquiciatarios, abogados, contadores o intermediarios similares, que actúen a nombre de la parte en relación con comercialización o ventas, en la negociación de contratos, en la obtención de licencias, permisos u otras autorizaciones, o en relación con cualquier acción que beneficie a la parte, o como subcontratistas en la cadena de suministro, **LAS PARTES** deben instruirles para que no se involucren ni toquen ningún acto de corrupción; ni utilizarlos como conducto para cometer algún acto de corrupción;

Aviación Civil #31, Col. Industrial Puerto Aéreo, Alcaldía Venustiano Carranza C.P. 15540 CBMX.  
 grupodiagnosticoaries.com



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

Folio 00583



GRUPO 01018  
 DIAGNOSTICO  
 ARIES

EL LABORATORIO: GRUPO DIAGNOSTICO ARIES SA DE CV  
 "EL CUENTE": DIRECCION DE INGENIERIA Y SALUD URBANA SA DE CV

CPS 0024-007-2024

Página 9 de 12

contratados solo en la medida necesaria para el desarrollo normal del negocio de la parte, y no pagarán una remuneración mayor a la aprobada por los servicios que legítimamente le presten.

**EL CUENTE** se compromete a impartir capacitaciones y entrenamientos a su personal respecto a las leyes de anticorrupción, **EL LABORATORIO** por su parte podrá solicitar a **EL CUENTE** evidencia y constancia de ello.

**DÉCIMA. MODIFICACIONES. LAS PARTES** convienen en que cualquier adición o modificación a lo dispuesto en el presente **CONTRATO** se hará por escrito firmado por sus representantes con facultades legales suficientes y se agregará como addendum o modificación para formar parte integrante del mismo.

**DECIMA PRIMERA. RESCISIÓN. LAS PARTES** acuerdan que antes de solicitar cualquier rescisión al mismo, **LA PARTE AFECTADA** deberá notificar a la **PORTE INCUMPLIDA** con al menos 30 treinta días de anticipación a la fecha que deseé dar por rescindido el presente contrato, a fin de que la **PORTE INCUMPLIDA** subsane dentro de dicho término la posible causa de rescisión y/o en su caso llegaran a un acuerdo entre las partes. En caso de que la **PORTE INCUMPLIDA** a no subsanara el motivo de incumplimiento y/o no se firmara un acuerdo entre las partes **LA PARTE AFECTADA** solicitará la rescisión del presente contrato en los tribunales correspondientes.

Son casos de incumplimiento de **EL LABORATORIO** los que se refieren a continuación:

1. Cuando la autoridad competente declare el concurso mercantil, quiebra, la suspensión de pagos o alguna situación distinta, que sea análoga o equivalente y que afecte la prestación de los **SERVICIOS** amparados en el presente **CONTRATO**;
2. Si no presta el **SERVICIO** de acuerdo con las especificaciones y características contenidos en este **CONTRATO** o sus anexos.
3. En general, cuando incurra en incumplimiento total o parcial demostrado a cualquiera de las obligaciones que se estipulan en el presente **CONTRATO**.

La solicitud de rescisión del **CONTRATO** no exime a **EL CUENTE** de pagar las facturas de los **SERVICIOS** efectivamente realizados.

**DECIMA SEGUNDA. DERECHOS DE AUTOR. LAS PARTES** convienen en que ninguna de ellas podrá usar la denominación de la otra, ni sus logos, marcas comerciales o marcas de servicios en anuncios, materiales promocionales u otros de naturaleza similar, sin contar para ello con el consentimiento previo y por escrito de quien esté facultado para otorgarlo.

**DÉCIMA TERCERA. CESIÓN. EL CUENTE** en ningún momento podrá ceder, traspasar o enajenar por cualquier título los derechos que derivan del presente **CONTRATO**, sin previa autorización por escrito de **EL LABORATORIO**.

**DÉCIMA CUARTA. DOMICILIOS. LAS PARTES** señalan como sus domicilios y correos electrónicos para recibir y dar cualquier tipo de notificaciones que haya lugar los señalados en el **APARTADO 2.1** Y **APARTADO 4.1** respectivamente.

Toda notificación se realizará en los domicilios y correos electrónicos antes indicados, a menos que cualquiera de **LAS PARTES** comunique a la otra cualquier modificación, en caso contrario toda notificación que se realice en los domicilios y correos electrónicos indicados surtirá todos los efectos legales que de lugar.

**DÉCIMA QUINTA. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA. LAS PARTES** manifiestan que en este **CONTRATO** no existe ningún vicio del consentimiento que pueda invalidarlo en todo o en parte por lo que, enterados de su contenido, alcance y fuerza legal y para el caso de controversia sobre su interpretación, ejecución y cumplimiento, **LAS PARTES** se someten a los métodos alternos de

Aviación Civil #21, Col. Industrial Puerto Aéreo, Alcolilla Venustiano Carranza C.P. 15540 CDMX  
 grupodiagnosticoaries.com





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Folio 00584



GRUPO 01948  
 DIAGNÓSTICO  
 ARIES

EL LABORATORIO GRUPO DIAGNÓSTICO ARIES S.A. DE C.V.  
 EL CLIENTE OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SAFA SAGUN S.A. DE C.V.

OPS-00A-007-1003

Página 10 de 12

solución de controversias de la Ciudad de México, en caso de que alguna de las partes no se someta a este procedimiento o no llegaren a una solución, las partes se sujetan a la jurisdicción y competencia de las leyes y tribunales civiles de la CIUDAD DE MEXICO, renunciando desde ahora a cualquier fuero que por razón de sus domicilios presentes o futuros pudieran corresponderles.

LEÍDO Y ENTENDIDO QUE FUE EL PRESENTE CONTRATO Y ENTERADAS LAS PARTES DE SU CONTENIDO Y ALCANCE LEGAL, LO FIRMAN EN TRIPULCADO EN LA CIUDAD DE MÉXICO, EN LA FECHA MENCIONADA EN EL APARTADO 0.

HOJA DE FIRMAS DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CELEBRADO EL DÍA INDICADO EN EL APARTADO 0 ENTRE LOS LABORATORIOS MENCIONADOS EN EL APARTADO 1 Y EL CLIENTE, QUIEN ES MENCIONADO EN EL APARTADO 3.

EL LABORATORIO MENCIONADO EN EL APARTADO 1:

EL CLIENTE MENCIONADO EN EL APARTADO 3:


REPRESENTADAS EN ESTE ACTO POR SUS APODERADOS  
 LEGALES

REPRESENTADAS EN ESTE ACTO POR SUS  
 APODERADOS LEGALES

C.P. RUBEN FERNANDO BARBA BOARDMAN Y  
 LIC. JOHNNY HERNANDEZ FIGUEROA

VICTOR ALARCON PELAEZ

Aviación Civil #31, Col. Industrial Puesto Aéreo, Alcaldía Veracruzano Carranza CP 15540 CDMX.  
 grupodiagnosticoaries.com

|   |   |  |
|---|---|--|
|  | INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO | ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL<br>BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS<br>ELECTRÓNICA<br>AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024<br>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE<br>HEMODIALISIS SUBROGADA |
|   | <b>CONTRATO No. SEIA24311604-0007</b>   |  |

**OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA, S.A. DE C.V.**

| PARTIDA 1 H.G.Z. N° 24 POZA RICA, VER: |                                  |   |        |                    |              |
|--|----------------------------------|---|--------|--------------------|--------------|
| PRESTADOR DEL SERVICIO ASIGNADO:       |                                  | OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCÍA, S.A. DE C.V. |        |                    |              |
| PARTIDA                                | PRECIO UNITARIO ASIGNADO SIN IVA | N° DE SESIONES  |        | IMPORTES ASIGNADAS |              |
|  |                                  | MÍNIMO  | MÁXIMO | MÍNIMO             | MÁXIMO       |
| 1                                      | \$1,605.00                       | 77  | 192    | \$123,585.00       | \$308,160.00 |
|  |                                  |   |        | IVA 16%            | \$19,773.60  |
|  |                                  |   |        | TOTAL              | \$143,358.60 |
|  |                                  |   |        |                    |              |
| Clave CuCop+                           |                                  | 33903-0012 Servicios integrales                           |        |                    |              |
| Monto mínimo sin IVA                   |                                  | Monto máximo sin IVA                                      |        |                    |              |
| Monto mínimo con IVA                   |                                  | Monto máximo con IVA                                      |        |                    |              |
| Vigencia del contrato                  |                                  | Del 01 de enero al 29 de febrero de 2024                  |        |                    |              |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0007

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

Anexo 3 (tres)

### "Formato para Póliza de Fianza de cumplimiento de contrato"

**AFIANZADORA:**

Denominación social: \_\_\_\_\_, en lo sucesivo la "Afianzadora"

Domicilio: \_\_\_\_\_

Autorización del Gobierno Federal para operar: \_\_\_\_\_ (Número de oficio y fecha).

**BENEFICIARIA:**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, en lo sucesivo "la Beneficiaria".

Domicilio: \_\_\_\_\_

A "la Contratante" y a "la Beneficiaria" se les podrá enviar la fianza a los correos electrónicos \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_.

**FIADO (S):** (En caso de proposición conjunta, el nombre y datos de cada uno de ellos)

Nombre o denominación social: \_\_\_\_\_

RFC: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ (El mismo que aparezca en el contrato principal).

**DATOS DE LA PÓLIZA:**

Número: \_\_\_\_\_ (Número asignado por la "Afianzadora").

Monto Afianzado: \_\_\_\_\_ (Con letra y número, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado).

Moneda: \_\_\_\_\_

Fecha de expedición: \_\_\_\_\_

**Obligación garantizada:** El cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el contrato en los términos de la Cláusula PRIMERA de la presente póliza de fianza.

**Naturaleza de las Obligaciones:** La obligación garantizada será divisible y en caso de presentarse algún incumplimiento se hará efectiva por el monto proporcional de las obligaciones garantizadas.

**DATOS DEL CONTRATO O PEDIDO, EN LO SUCESIVO EL "CONTRATO":**

Número asignado por "la Contratante": \_\_\_\_\_

Objeto: \_\_\_\_\_

Monto del Contrato: (Con número y letra, sin el Impuesto al Valor Agregado)

Moneda: \_\_\_\_\_

Fecha de suscripción: \_\_\_\_\_

Tipo: Servicios.

**Obligación contractual para la garantía de cumplimiento:** Divisible, conforme a lo estipulado en el contrato.

**Procedimiento al que se sujetará la presente póliza de fianza para hacerla efectiva:** El previsto en el artículo 279 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

**Competencia y Jurisdicción:** Para todo lo relacionado con la presente póliza, el fiado, el fiador y cualesquier otro obligado, así como "la Beneficiaria", se someterán a la jurisdicción y competencia de los tribunales federales de \_\_\_\_\_ (precisar el lugar), renunciando al fuero que pudiera corresponderle en razón de su domicilio o por cualquier otra causa.

La presente fianza se expide de conformidad con lo dispuesto por los artículos 48, fracción II y último párrafo, y artículo 49, fracción II, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 103 de su Reglamento.

La validación de la presente fianza se podrá realizar en la dirección electrónica [www.amig.org.mx](http://www.amig.org.mx)

\_\_\_\_\_ (Nombre del representante de la Afianzadora), representante legal de la "Afianzadora".

**CLÁUSULAS GENERALES A QUE SE SUJETARÁ LA PRESENTE PÓLIZA DE FIANZA PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN MATERIA DE SERVICIOS.**

**PRIMERA.- OBLIGACIÓN GARANTIZADA.**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA**

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

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

#### **SEGUNDA.- MONTO AFIANZADO.**

La "Afianzadora", se compromete a pagar a la Beneficiaria, hasta el monto de esta póliza, que es de \$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_/100 moneda nacional) (el monto no deberá incluir el Impuesto al Valor Agregado) que representa el 10% (diez por ciento) del \_\_\_\_\_ (monto máximo establecido para el ejercicio fiscal \_\_\_\_ que corresponda, o en su caso, del valor del "Contrato".

La "Afianzadora" reconoce que el monto garantizado por la fianza de cumplimiento se puede modificar en el caso de que se formalice uno o varios convenios modificatorios de ampliación del monto del "Contrato" indicado en la carátula de esta póliza, siempre y cuando no se rebase el 20% (veinte por ciento) de dicho monto. Previa notificación del fiado y cumplimiento de los requisitos legales, la "Afianzadora" emitirá el documento modificatorio correspondiente o endoso para el solo efecto de hacer constar la referida ampliación, sin que se entienda que la obligación sea novada.

En el supuesto de que el porcentaje de aumento al "Contrato" en monto fuera superior a los indicados, la "Afianzadora" se reserva el derecho de emitir los endosos subsecuentes, por la diferencia entre ambos montos sin embargo, previa solicitud del fiado, la "Afianzadora" podrá garantizar dicha diferencia y emitirá el documento modificatorio correspondiente.

La "Afianzadora" acepta expresamente que en caso de requerimiento, se compromete a pagar el monto total afianzado, siempre y cuando en el Contrato se haya estipulado que la obligación garantizada es divisible.

#### **TERCERA.- INDEMNIZACIÓN POR MORA.**

La "Afianzadora", se obliga a pagar la indemnización por mora que en su caso proceda de conformidad con el artículo 283 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

#### **CUARTA.- VIGENCIA.**

La fianza permanecerá vigente hasta que se dé cumplimiento a la o las obligaciones que garantice en los términos del "Contrato" y continuará vigente en caso de que "la Contratante" otorgue prórroga o espera al cumplimiento del "Contrato", en los términos de la siguiente cláusula.

Asimismo, esta fianza permanecerá vigente durante la substanciación de todos los recursos legales, arbitrajes o juicios que se interpongan con origen en la obligación garantizada hasta que se pronuncie resolución definitiva de autoridad o tribunal competente que haya causado ejecutoria.

De esta forma la vigencia de la fianza no podrá acotarse en razón del plazo establecido para cumplir la o las obligaciones contractuales.

#### **QUINTA.- PRÓRROGAS, ESPERAS O AMPLIACIÓN AL PLAZO DEL CONTRATO.**

En caso de que se prorrogue el plazo originalmente señalado o conceder esperas o convenios de ampliación de plazo para el cumplimiento del contrato garantizado y sus anexos, el fiado dará aviso a la "Afianzadora", la cual deberá emitir los documentos modificatorios o endosos correspondientes.

La "Afianzadora" acepta expresamente garantizar la obligación a que esta póliza se refiere, aún en el caso de que se otorgue prórroga, espera o ampliación al fiado por parte de la "Contratante" para el cumplimiento total de las obligaciones que se garantizan, por lo que no se actualiza el supuesto de extinción de fianza previsto en el artículo 179 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, sin que se entienda novada la obligación.

#### **SEXTA.- SUPUESTOS DE SUSPENSIÓN.**

Para garantizar el cumplimiento del "Contrato", cuando concurren los supuestos de suspensión en los términos de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento y demás disposiciones aplicables, "la Contratante" deberá emitir el o las actas circunstanciadas y, en su caso, las constancias a que haya lugar. En estos supuestos, a petición del fiado, la "Afianzadora" otorgará el o los endosos conducentes, conforme a lo estatuido en el artículo 166 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para lo cual bastará que el fiado exhiba a la "Afianzadora" dichos documentos expedidos por "la Contratante".



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. SEIA24311604-0007**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-29-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

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

#### **SÉPTIMA.- SUBJUDICIDAD.**

La "Afianzadora" realizará el pago de la cantidad reclamada, bajo los términos estipulados en esta póliza de fianza, y, en su caso, la indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el artículo 283 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aun cuando la obligación se encuentre subjúdica, en virtud de procedimiento ante autoridad judicial, administrativa o tribunal arbitral, salvo que el fiado obtenga la suspensión de su ejecución, ante dichas instancias.

La "Afianzadora" deberá comunicar a "la Beneficiaria" de la garantía, el otorgamiento de la suspensión al fiado, acompañándole las constancias respectivas que así lo acrediten, a fin de que se encuentre en la posibilidad de abstenerse del cobro de la fianza hasta en tanto se dicte sentencia firme.

#### **OCTAVA.- COAFIANZAMIENTO O YUXTAPOSICIÓN DE GARANTÍAS.**

El coafianzamiento o yuxtaposición de garantías, no implicará novación de las obligaciones asumidas por la "Afianzadora" por lo que subsistirá su responsabilidad exclusivamente en la medida y condiciones en que la asumió en la presente póliza de fianza y en sus documentos modificatorios.

#### **NOVENA.- CANCELACIÓN DE LA FIANZA.**

La "Afianzadora" quedará liberada de su obligación fiadora siempre y cuando "la Contratante" le comunique por escrito, por conducto del servidor público facultado para ello, su conformidad para cancelar la presente garantía.

El fiado podrá solicitar la cancelación de la fianza para lo cual deberá presentar a la "Afianzadora" la constancia de cumplimiento total de las obligaciones contractuales. Cuando el fiado solicite dicha cancelación derivado del pago realizado por saldos a su cargo o por el incumplimiento de obligaciones, deberá presentar el recibo de pago correspondiente.

Esta fianza se cancelará cuando habiéndose cumplido la totalidad de las obligaciones estipuladas en el "Contrato", "la Contratante" haya calificado o revisado y aceptado la garantía exhibida por el fiado para responder por los defectos, vicios ocultos por la calidad de los servicios prestados por el fiado, respecto del "Contrato" especificado en la carátula de la presente póliza y sus respectivos convenios modificatorios.

#### **DÉCIMA.- PROCEDIMIENTOS.**

La "Afianzadora" acepta expresamente someterse al procedimiento previsto en el artículo 279 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas para hacer efectiva la fianza.

#### **DÉCIMA PRIMERA.- RECLAMACIÓN**

"La Beneficiaria" podrá presentar la reclamación a que se refiere el artículo 279, de Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas en cualquier oficina, o sucursal de la Institución y ante cualquier apoderado o representante de la misma.

#### **DÉCIMA SEGUNDA.- DISPOSICIONES APLICABLES.**

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

----- FIN DE TEXTO -----