



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO ABIERTO PARA EL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, PARA LA UMAA N° 242, DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, DURANTE EL PERIODO DEL 01 AL 16 DE JUNIO DEL EJERCICIO FISCAL 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 4° y 5° 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 El Dr. José Guadalupe Gutiérrez Marquez, Con R.F.C. [REDACTED] Encargado 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 el Dr. Baltazar Pérez Cotera, con R.F.C. [REDACTED], Encargado de la Coordinación 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.

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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

I.6 La adjudicación del presente contrato se realizó mediante el procedimiento de Adjudicación Directa de carácter Internacional Bajo la Cobertura de los Tratados Electrónica, número **AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024**, 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 mayo de 2024**, suscrita por la Lic. Ana Laura Puig Lagunes, Titular de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento.

I.7 "El Instituto" cuenta con suficiencia presupuestaria otorgada mediante el Certificado de Disponibilidad Presupuestal Previo con cuenta número 4206 1604 y folio **0000023752-2024**, de fecha 22 de mayo de 2024, emitido por el Departamento de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios.

I.8 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 o 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 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

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  <b>CONTRATO No. SEIA24311604-0086</b>	ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS ELECTRÓNICA  <b>AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024</b>  SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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:

**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:



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. SEIA24311604-0086**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

**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 **\$2,016,544.00 (DOS MILLONES DIECISEIS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS 00/100 M.N.)** más impuestos por \$322,647.04 (TRESCIENTOS VEINTIDOS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS 04/100 M.N.) y un monto máximo de **\$5,041,360.00 (CINCO MILLONES CUARENTA Y UN MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS 00/100 M.N.)**, más impuestos que asciende a \$806,617.60 (OCHOCIENTOS SEIS MIL SEISCIENTOS DIECISIETE 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.

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.



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. SEIA24311604-0086**

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

**AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

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 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.

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



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. SEIA24311604-0086**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

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 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 junio de 2024 al 16 de junio 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"**.

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



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. SEIA24311604-0086**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

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 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.

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0086</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS          ELECTRÓNICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE          HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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.
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

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0086</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS          ELECTRÓNICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE          HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 Dominguez No. 15, Colonia Adalberto Tejeda, C.P. 91070, Xalapa, Veracruz, la cual llevará a cabo el procedimiento para la liberación y entrega de fianza.

**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

**DÉCIMA PRIMERA. OBLIGACIONES DE “EL INSTITUTO”.**

“El Instituto”, se obliga a:

- a) Otorgar todas las facilidades necesarias, a efecto de que “El Proveedor” lleve a cabo el objeto del presente contrato en los términos convenidos.
- b) Sufragar el pago correspondiente en tiempo y forma, por la prestación del servicio.



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

- c) 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. Baltazar Pérez Cotera**, con R.F.C. [REDACTED] Encargado 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.

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.



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

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 de 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  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 de 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	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	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	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

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086

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
acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI. La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico.		con la NOM 003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI.			OOAD o Jefe de Servicio o Director Médico en UMAE	
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

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0086</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS          ELECTRÓNICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE          HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

%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.

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

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

Concepto	Unidad de medida	Penalización	Responsable de reportar el incumplimiento	Administrador del contrato será el Responsable del cálculo, notificación de la pena
<p>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</p> <p>La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.</p>	<p>Por cada día natural de atraso en la entrega del reporte resultados de acuerdo con las especificaciones de la NOM 003-SSA3-2010</p>	<p>2.5% diario sobre el valor total de la factura mensual sin incluir el IVA</p>	<p>Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en OOAD o Jefe de Servicio o Director Médico en UMAE</p>	<p>Coordinador de Prevención y atención a la salud.</p>
<p>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.</p> <p>La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico.</p>	<p>Por cada día natural de atraso en la entrega del reporte resultados químicos, de acuerdo con las especificaciones de la NOM 003-SSA3-2010</p>	<p>2.5% diario sobre el valor total de la factura mensual sin incluir el IVA</p>	<p>Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en OOAD o Jefe de Servicio o Director Médico en UMAE</p>	<p>Coordinador de Prevención y atención a la salud.</p>
<p>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:          Firma del Acuerdo de Confidencialidad          Designación de contacto responsable con sus datos          a) Designación de sistema y empresa soporte          b) Solicitud de Pruebas de funcionalidad</p>	<p>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.</p>	<p>1%, sobre el valor que representa el costo de las sesiones realizadas en mes de incidencia, sin incluir el IVA.</p>	<p>División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud (DSDICDS)</p>	<p>Coordinador de Prevención y atención a la salud.</p>
<p>Instalación y puesta en operación, del Sistema de Información e instrumentos necesarios para el otorgamiento de del servicio</p>	<p>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</p>	<p>2.5% diario sobre el valor que representa el costo de las sesiones solicitadas en</p>	<p>División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud (DSDICDS), Coordinador Delegacional de</p>	<p>Coordinador de Prevención y atención a la salud.</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. SEIA24311604-0086**

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

**AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

Concepto	Unidad de medida	Penalización	Responsable de reportar el incumplimiento	Administrador del contrato será el Responsable del cálculo, notificación de la pena
	fallo.	el mes de incidencia, sin incluir el IVA.	Informática o Jefe de División de Ingeniería Biomédica	
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 información.	1.5%, sobre el valor que representa el costo de las sesiones realizadas en mes de incidencia, sin incluir el IVA.	División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud (DSDICDS)	Coordinador de Prevención y atención a la salud.
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.**



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

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 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.



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

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 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



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

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.

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”.



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

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.
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

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0086</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS          ELECTRÓNICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE          HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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.

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



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. SEIA24311604-0086**

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

**AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

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.**

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



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086

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 **30 de mayo de 2024**, 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 MARTÍNEZ TORRES**

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

"EL PROVEEDOR"  
 OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA  
 LUCIA, S.A. DE C.V.  
 RFC: OSS-080331-628

**C. VICTOR ALARCON PELAEZ**  
 Representante Legal

ÁREA CONTRATANTE

**LIC. ANA LAURA PUIG LAGUNES**

Titular de la Coordinación de Abastecimiento y  
 Equipamiento  
 R.F.C. [REDACTED]

ÁREA REQUIRIENTE

**DR. JOSÉ GUADALUPE GUTIÉRREZ MARQUEZ**

Encargado de la Jefatura de Servicios de Prestaciones  
 Médicas  
 R.F.C. [REDACTED]

ADMINISTRADOR

**DR. BALTAZAR PÉREZ COTERA**

Encargado de la Coordinación 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

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086

Anexo 1 (uno)

“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: 0050023754 - 2024

Dependencia Solicitante: D0021 Delegación Veracruz Norte  
 SEI: Servicios Integrales  
 31020020 M OFNAS ADMINISTRATIVAS

Descripción:

Servicio: Hemodiálisis Extracorpóreas

Fecha Impresión: 22/05/2024 Fecha Validación: 22/05/2024

Total Comprometido (en pesos): \$ 5,847,976.00  
 Cuenta: 42061804 Partida presupuestaria: 33801 Subcontratación de servicios con terceros

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5,847.976.00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Este documento de respaldo presupuestario se emite con base en la revisión efectuada en el Módulo de Control de Compromisos del Sistema Financiero PREI-Milenium, 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 amparado 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, 34 y 46 fracción III de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, 144 y 148 del Reglamento Interior del IMSS y el numeral 7.2.10 de la Norma Presupuestaria del IMSS.

CERTIFICADO PREVIO

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

IMPORTE: \$ 5,847,976.00  
 CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS 00/100 M/N

LUCIO SANCHEZ AGUILAR

AUSENTE

TITULAR DEL DEPTO DE ADQ DE BIENES Y CONTRAT DE SERVICIOS

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0086</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS ELECTRÓNICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**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 Requirente:** 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.

**COCT:** 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 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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**OOAD:** Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (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

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0086</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS ELECTRÓNICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

**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



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. SEIA24311604-0086**

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

**AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

• Cánulas de aspiración

- 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: [jose.gutierrezm@imss.gob.mx](mailto:jose.gutierrezm@imss.gob.mx), [baltazar.perez@imss.gob.mx](mailto:baltazar.perez@imss.gob.mx), [ricardo.cortes@imss.gob.mx](mailto:ricardo.cortes@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. SEIA24311604-0086**

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

**AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024**

**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 participante adjudicado prestador del servicio deberá presentar copia del contrato de prestación de servicio de laboratorio clínico debidamente firmado y vigente, o en caso de contar con laboratorio propio, copia de la licencia de funcionamiento del laboratorio clínico. Así mismo, deberá enviar los informes trimestrales, cuatrimestrales y semestrales a la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas través de los siguientes correos: [jose.gutierrezm@imss.gob.mx](mailto:jose.gutierrezm@imss.gob.mx), [baltazar.perez@imss.gob.mx](mailto:baltazar.perez@imss.gob.mx), [ricardo.cortes@imss.gob.mx](mailto:ricardo.cortes@imss.gob.mx), y [miriam.zunigar@imss.gob.mx](mailto: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.



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

- Considerar como pacientes de alto riesgo a aquellos que se encuentran seropositivos con hepatitis B o C y VIH, y a los que en condiciones de urgencia, no se haya podido determinar su panel viral.
- Los pacientes que se encuentren con hepatitis B o C y VIH con prueba confirmatoria positivos, deben dializarse en riñón artificial exclusivo para este tipo de pacientes y en área aislada, siguiéndose las técnicas internacionales establecidas.
- Los pacientes con hepatitis B y C y VIH deben dializarse utilizando en ellos material y equipo exclusivo. En estos pacientes no debe reutilizarse el dializador. Se deberá seguir el procedimiento de técnica de aislamiento aplicando la NOM 010-SSA2-2010 "Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana".
- El material desechable utilizado en los procedimientos de hemodiálisis, deberá ser exclusivo para cada paciente.
- El 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: [jose.gutierrezm@imss.gob.mx](mailto:jose.gutierrezm@imss.gob.mx), [baltazar.perez@imss.gob.mx](mailto:baltazar.perez@imss.gob.mx), [ricardo.cortes@imss.gob.mx](mailto:ricardo.cortes@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.

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0086</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS ELECTRÓNICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- g) Procedimiento de transfusión en caso necesario y previa valoración médica.
- h) En el caso de los accesos vasculares el Instituto será responsable de enviar al paciente a la unidad de hemodiálisis subrogada con un acceso vascular temporal o definitivo funcional.

**Responsabilidades del 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 brindado la siguiente información:
  - Un resumen clínico del caso;
  - Detalle de la complicación;
  - Atención que se brindó, y
  - Resultados obtenidos, con objeto de dar continuidad al tratamiento.

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

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.

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0086</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS          ELECTRÓNICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE          HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. Dará las facilidades necesarias para que el personal autorizado y designado por el Instituto pueda hacer las visitas de supervisión referidas en el inciso e) del apartado "Responsabilidades del Instituto" del presente documento.
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 período de contratación del 1 de marzo al 15 de abril 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 período mínimo de seis meses impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada. El servicio deberá contar con al menos una enfermera por cada 3 (tres) máquinas de hemodiálisis.
- El personal de la unidad de hemodiálisis subrogada deberá estar capacitado sobre el manejo de sangre, material y equipos contaminados con virus de Hepatitis B y C y VIH.
- Deberá realizarse vacunación para Hepatitis B a los seronegativos y, determinación de aspartatoaminotransferasa (AST), antígeno de superficie (Hbs Ag) y anti-HVC cada seis meses.

**Infraestructura, Equipamiento y Suministros**

**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



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. SEIA24311604-0086**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

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

- a) 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 fístula para punción de acceso venoso y arterial.
- Catéter temporal o permanente o injerto vascular heterólogo.
- Material estéril necesario para conexión y desconexión de fístula o catéter.

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



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. SEIA24311604-0086**

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

**AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

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

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

Es responsabilidad del proveedor del servicio asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" desde el punto de vista bacteriológico y químico, conforme a la NOM-003-SSA3-2010 "Para la Práctica de la hemodiálisis" y las recomendaciones de la 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 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:

- Registros Sanitarios de los equipos y de los bienes de consumo requeridos para la prestación del servicio, a excepción de aquellos que no requieran Registro Sanitario de acuerdo con la COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios).
- Licencia sanitaria y/o Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.
- Certificados de calidad vigentes en su idioma original, de los equipos y bienes de consumo que se utilizarán para la prestación del servicio, expedidos por los organismos de control y/o autoridades sanitarias del país de origen.
- 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.



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. SEIA24311604-0086**

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

**AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

- 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 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, 4° piso, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, C.P. 06600 o donde el Instituto designe.

Cualquier avance tecnológico de relevancia a consideración del Instituto en los Sistemas de Información, programas de cómputo asociados, los equipos de cómputo, periféricos, serán instalados de inmediato en el plazo que establecerá el Instituto para ponerlos en vigencia, estando obligado el 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

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0086</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS          ELECTRÓNICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE          HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Pruebas de funcionalidad

**a) Firma de Acuerdo de Confidencialidad**

El proveedor del Servicio se compromete con el Instituto a firmar un acuerdo de confidencialidad, Anexo **TI2** (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 **TI3** (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.



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

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

- **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. SEIA24311604-0086**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024**

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 al 16 de junio 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. SEIA24311604-0086**

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

**AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024**

**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 reúso 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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086

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. La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.	Bimestral. (al día hábil siguiente a la conclusión del bimestre)
Reporte de laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010.  La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.	Resultados de análisis bacteriológico dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010.
Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI. 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. 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: a) Firma del Acuerdo de Confidencialidad b) Designación de contacto responsable con sus datos c) Designación de sistema y empresa soporte d) Solicitud de Pruebas de funcionalidad	Dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes a la fecha de emisión del fallo.
Instalación y puesta en operación, del Sistema de Información e instrumentos necesarios para el manejo de identidad del paciente.	Dentro de los 45 (cuarenta y cinco) días naturales contados a partir de la emisión del fallo.
El 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  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

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	
		Si	No
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)			
b) Número de máquinas de Hemodiálisis	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)		

<b>Cuenta con:</b>	
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

**CONTRATO No. SEIA24311604-0086**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024**

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
<b>Total:</b>					

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL          ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA          DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE          JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS          COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0086</b></p>	<p><b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS          ELECTRÓNICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE          HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p>
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

**Normatividad**

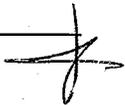
Anexar copia legible de la documentación que se señala a continuación.

	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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

**CONTRATO No. SEIA24311604-0086**

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

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086

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	
		Si	No
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)	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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086

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  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

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

**Normatividad**

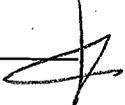
Anexar copia legible de la documentación que se señala a continuación.

10	Si	No	Número de Folio
Aviso de Funcionamiento			
Licencia Sanitaria			

11	Responsable Sanitario	Nombre	Número de Folio
	De la Unidad de Hemodiálisis		

1  
Fecha: \_\_\_\_\_

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

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



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

**CONTRATO No. SEIA24311604-0086**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

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

PARTIDA	TIPO	NUM	LOCALIDAD	N° DE SESIONES A CONTRATAR	
				MÍNIMO	MÁXIMO
1	UMAA	242	VERACRUZ, VER	1,312	3,280

**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)	(Hemodíalisis Subrogada)	(Del 26 al 25 de cada mes)	(Año)
Razón Social	05	Coahuila	HGZMF	16	050901022151	No. Contrato	NNNN.dd	NNNNN	HS	11	2021

**DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS**

No.	TIPO	No.	LOCALIDAD	DOMICILIO	DIRECTOR	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
1	UMA A	242	Veracruz	Carretera Veracruz-Xalapa Km 13, C.P. 91980	Dr. Victor Manuel Gonzalez Arriola	victor.gonzalezar@imss.gob.mx	222 920 9146



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086

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

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL 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:		5 PACIENTE:		
CLAVE PRESUPUESTAL:		NOMBRE:		
TIPO Y NÚMERO:		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
LOCALIDAD:		No. DE SEGURIDAD SOCIAL AGREGADO		
6 SERVICIO QUE DERIVA:		CURP:		
NOMBRE:		9 RAMO DE SEGURO QUE SE AFECTA:		
DIRECCIÓN:		RT <input type="checkbox"/> IEG <input type="checkbox"/> MAT <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> PEND <input type="checkbox"/> Spf AM <input type="checkbox"/>		
TIPO DE SERVICIO:		10 TIPO DE SUBROGACIÓN		
ORDINARIO: <input type="checkbox"/> 7 URGENCIA: <input type="checkbox"/>		ÚNICA <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE <input type="checkbox"/> HEMODIALISIS SUBROGADA <input type="checkbox"/>		
MOTIVO DE SUBROGACIÓN:		11 VIGENCIA DE DERECHOS		
CS <input type="checkbox"/> FP <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> FI <input type="checkbox"/> 8				
12 DIAGNOSTICO(S) Y RESUMEN CLÍNICO:				
13 GRUPO A SUBROGAR:				
CONSULTA MEDICINA FAMILIAR: <input type="checkbox"/>		CONSULTA ESPECIALIDADES <input type="checkbox"/>		CONSULTA DENTAL <input type="checkbox"/>
HOSPITALIZACIÓN MÉDICA <input type="checkbox"/>		HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA <input type="checkbox"/>		MATerno INFANTIL <input type="checkbox"/>
AUX DE DX EN LABORATORIO <input type="checkbox"/>		AUX DE DX EN GABINETE <input type="checkbox"/>		AUX DE TRATAMIENTO <input type="checkbox"/>
14 SERVICIO(S) A SUBROGAR				
ESPECIFICAR				
15 PROVEEDOR				
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:				
DOMICILIO:			RFC:	
CONTRATO No.:			TEL:	
VIGENCIA DEL:			AL:	
16 ELABORÓ		17 Vo. Bo. JEFE DE SERVICIO		18 AUT. DIRECTOR UNIDAD
NOMBRE:				
MATRÍCULA:				
FIRMA				
19 CONSTANCIA DE QUE EL SERVICIO SE RECIBIÓ				
NOMBRE:				
PACIENTE: <input type="checkbox"/>		FAMILIAR: <input type="checkbox"/>		RESPONSABLE: <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN:		PARENTESCO		
FECHA:		TEL:		
		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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086

### 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

CONTRATO No. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

### 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 púerperas o embarazadas	Las mujeres púerperas o embarazadas estables hemodinamicamente deberán ser incluidas para recibir el tratamiento de hemodiálisis ajustado a sus necesidades individuales.
Prescripción de la sesión de hemodiálisis	La prescripción de la hemodiálisis será por parte del médico Nefrólogo de la unidad, de manera individualizada en cada paciente, en apego a la NOM para la práctica de la Hemodiálisis; y deberá garantizar un Kt/v de 1.2 a 1.4.
Formato de referencia	Todo paciente referido a tratamiento de hemodiálisis subrogada deberá contar con formato 4-30-02/3, el cual deberá contar con sello de vigencia de derechos especificar la temporalidad del tratamiento, para <del>fin</del> 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 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 (cambios de horario, último turno, turno COVID).	El personal médico y paramédico durante la atención del paciente deberán portar equipo de protección personal (bata desechable, cubrebocas, lentes protectores y careta). Para evitar la transmisión del virus COVID-19, el médico responsable de la unidad de hemodiálisis implementará una área de triage previo al ingreso del paciente a la sesión, en donde determina el envío al servicio de urgencias médicas del hospital correspondiente y de informar al servicio de epidemiología para seguimiento del caso. En la sala de espera podrán permanecer los familiares de los pacientes que requieren de apoyo, siempre respetando las medidas de distanciamiento. 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. SEIA24311604-0086**

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

**AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

**Anexo 2 (dos)**

**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

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



**UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
 SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 744659721

VERACRUZ, VERACRUZ, A 28 DE MAYO DEL 2024.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
 P R E S E N T E

*SOLICITUD DE COTIZACION NO AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024,  
 para la contratación del Servicio Médico Integral de Hemodiálisis Subrogada,  
 para los H.G.Z. N° 11 Xalapa, Ver., H.G.Z. N° 28 Martínez de la Torre, Ver.  
 y UMAA N° 242 Tejería, Ver., del Órgano de Operación Administrativa  
 Desconcentrada Regional Veracruz Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social,  
 régimen ordinario, durante el periodo del 01 al 16 de junio del ejercicio fiscal 2024.*

VICTOR PELAEZ ALARCON, con las facultades que la empresa denominada OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA, S.A. DE C.V. me otorga. Declaro Bajo Protesta de Decir Verdad, que mi representada, presenta su Anexo T2 Características de los bienes de consumo, Máquina y Planta de Tratamiento, con los cuales otorgara el Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada, de acuerdo a lo siguiente:

Anexo T2 (T dos)

ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS

**A) SISTEMA DE HEMODIÁLISIS PARA USO EN NEONATO, PEDIÁTRICO Y ADULTO.**

Las características de la máquina de hemodiálisis deberán apearse 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 DESINTOXICACIÓN SANGUÍNEA Y ELIMINACIÓN DE EXCESO DE LÍQUIDOS DEL ORGANISMO (ULTRAFILTRACIÓN) PARA USO EN NEONATO, PEDIÁTRICO Y ADULTO A TRAVÉS DE TERAPIAS DIALÍTICAS.	MANUAL DEL OPERADOR MÁQUINA AK98 V3 A:22, I.3.1. DESCRIPCIÓN: EL EQUIPO DE DIÁLISIS AK 98 DE BAXTER ESTÁ INDICADO PARA UTILIZARSE, POR PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA, EN TRATAMIENTOS DE HEMODIÁLISIS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL O SOBRECARGA DE LÍQUIDO. EL EQUIPO DE HEMODIÁLISIS AK 98 ESTÁ INDICADO PARA SU USO EN PACIENTES CON UN PESO CORPORAL DE 25 KG O MÁS. MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3. A:23 I.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

**Folio 2207**



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



UNIDAD DE HEMODIALISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

NO	DESCRIPCIÓN	PROPUESTA DEL PROVEEDOR
		CONSECUENCIAS ADVERSAS, COMO HIPOVOLEMIA E HIPOTENSIÓN. REGISTRO SANITARIO 1401E2017 SSA
1.-	MAGUINA DE HEMODIALISIS CON TECNOLOGÍA BASADA EN MICROPROCESADORES.	MANUAL DEL OPERADOR 1.3 USO PREVISTO. (A:22 EQUIPO DE DIÁLISIS AK 98 - ANTES DE EMPEZAR I) 1.3.1 USO PREVISTO. EL EQUIPO DE DIÁLISIS AK 98 ESTÁ INDICADO PARA UTILIZARSE POR PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA EN UN SOLO PACIENTE PARA LA REALIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE HEMODIALISIS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL O SOBRECARGA DE LÍQUIDO.
2.-	CON CAPACIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE DATOS A TRAVÉS DE UN SISTEMA DE COMPUTO.	MANUAL DEL OPERADOR AK98V3, A:19, 1.2.6. EL EQUIPO DE DIÁLISIS AK 98 ESTÁ EQUIPADO CON TRES CONTACTOS 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 UTILIZARLO UN TÉCNICO AUTORIZADO. CONSULTE LA SECCIÓN 1.2.6 "CONEXIÓN DE EQUIPOS ELÉCTRICOS EXTERNOS" EN LA PÁGINA A:19. PUERTO USB ESTE PUERTO DEBE UTILIZARLO UN TÉCNICO AUTORIZADO. CONSULTE LA SECCIÓN 1.2.6 "CONEXIÓN DE EQUIPOS ELÉCTRICOS EXTERNOS" EN LA PÁGINA A:19. MANUAL DEL OPERADOR AK98V3, A:54, A:55 CONTACTOS DEL PANEL REMOTO SOLAMENTE UN TÉCNICO DE MANTENIMIENTO AUTORIZADO PUEDE UTILIZAR ESTOS CONTACTOS. PUERTO DE COMUNICACIÓN EXTERNA ESTE PUERTO DEBE UTILIZARLO UN TÉCNICO AUTORIZADO. PUEDE UTILIZARSE PARA MANTENIMIENTO Y CONEXIÓN DE SISTEMAS INFORMÁTICOS EXTERNOS Y ALARMAS EXTERNAS. MANUAL DEL OPERADOR AK98V3 A:184 12.1 EL EQUIPO DE DIÁLISIS AK 98 SE PUEDE CONFIGURAR PARA QUE SE COMUNIQUE CON EL SIC. SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA. SI SE CONFIGURA, EL EQUIPO DE DIÁLISIS AK 98 ENVIARÁ PERIÓDICAMENTE DATOS DE TRATAMIENTO AL SIC.
3.-	QUE TRABAJE CON BICARBONATO EN POLVO, CARTUCHO O EN SOLUCIÓN (PARA USO NO PARENTERAL).	MANUAL DEL OPERADOR AK98V3, A: 27, TABLA 1-5 CONCENTRADO DE BICARBONATO EN POLVO PARA LA PREPARACIÓN DE LÍQUIDO DE DIÁLISIS CON BICARBONATO JUNTO CON EL CONCENTRADO A LÍQUIDO ADECUADO
4.1.-	TEMPERATURA DEL LÍQUIDO DIALIZANTE DENTRO DEL RANGO DE 35 A 38 GRADOS CENTÍGRADOS.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3, A:198, 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 MANUAL DEL OPERADOR AK98V3, A: 204, 14.2.4 LÍMITES DE ALARMA. ALARMA DE TEMPERATURA ALTA (FLUJ) 40 °C (±0.5 °C) ALARMA DE TEMPERATURA BAJA (FLUJ) 32.5 °C (±0.5 °C)
4.2.-	FLUJO DEL LÍQUIDO DIALIZANTE DENTRO DEL RANGO DE 300 A 800 ML/MIN O MAYOR.	MANUAL DEL OPERADOR AK98V3, A:198, 14.1.5 TABLA 14.4 SELECCIONABLE POR EL USUARIO DE 300 A 800 ML/MIN PRECISIÓN: ±10 % O 50 ML/MIN, EL MAYOR DE LOS DOS
4.3.-	FLUJO DE SANGRE DENTRO DEL RANGO DE 15 ML/MIN A 500 ML/MIN.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3, A:196, 14.1 VELOCIDAD DE FLUJO DEL SEGMENTO DE LA BOMBA DE 8 MM. SELECCIONABLE POR EL USUARIO ENTRE 20 Y 800 ML/MIN VELOCIDAD DE FLUJO DEL SEGMENTO DE LA BOMBA DE 3.9 MM SELECCIONABLE POR EL USUARIO ENTRE 20 Y 225 ML/MIN
4.4.-	NIVEL DE BICARBONATO PROGRAMABLE (PARCIAL O PERFIL DE BICARBONATO) DURANTE EL PROCESO DE HEMODIALISIS DENTRO DEL	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3, A:198, 14.1.5 TABLA 14-8 SELECCIONABLE POR EL USUARIO HCO3- DE 20 A 40 MMOL/L

Folio 2208



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

NO	DESCRIPCIÓN	PROPUESTA DEL PROVEEDOR
	RANGO DE 28 A 40 MEQ/L O 28 A 40 MMOL/L O 2.4 A 4 MS/CM.	
	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 MS/CM.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:25 TABLA 1-2 140 RANGO CONFIGURABLE 130-150 MMOL/L
	4.6.- SISTEMA DE CONTROL DE LA ULTRAFILTRACIÓN CON TASA DENTRO DEL RANGO DE 0.0 A 3 L/H. O DE 0.0 A 3 KG/H.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:198 14.1.6 SELECCIONABLE POR EL USUARIO HASTA UN MÁXIMO DE 10.00 L PRECISIÓN: ±50 ML O ±50 ML/H X DURACIÓN DEL TRATAMIENTO TRANSCURRIDA (H) O ±2.5 % DEL VOLUMEN DE UF ACUMULADO, EL MAYOR DE LOS DOS. COEFICIENTE DE UF DEL DIALIZADOR: MÁXIMO 85 ML/H/MMHG TASA DE UF: 0.0 A 4.0 L/H. DETERMINADO POR LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO Y EL VOLUMEN DE UF SELECCIONABLE POR EL USUARIO
	4.7.- SISTEMA INTEGRADO DE INFUSIÓN 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 0.1ML/H.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:37 2.1.2 DETALLES DE LOS COMPONENTES DE LA PARTE DE FLUJO SANGUÍNEO BOMBA DE HEPARINA LA BOMBA DE HEPARINA INCLUYE UNA JERINGA QUE CONTIENE SOLUCIÓN DE HEPARINA. LA BOMBA DISTRIBUYE HEPARINA POR LA LÍNEA DE SANGRE PARA EVITAR COÁGULOS SANGUÍNEOS. MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:196. 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 PRECISIÓN: ±1 ML/5 H O ±5 % A UNA CONTRAPRESIÓN MÁXIMA DE 400 MMHG. LA QUE SEA MAYOR VOLUMEN DE BOLO: SELECCIONABLE POR EL USUARIO DE 0 A 10 ML PRECISIÓN: ± 0.2 ML/5 H O ±5 % A UNA CONTRAPRESIÓN MÁXIMA DE 400 MMHG. LA QUE SEA MAYOR.
	5.- QUE CUENTE DENTRO DEL SISTEMA CON ALARMAS CRÍTICAS:	
	5.1.- PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA.	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 98 - ALARMAS 1) 110 PRESIÓN DE SANGRE DIASTÓLICA ALTA 111 PRESIÓN SANGUÍNEA MEDIA ALTA 113 PRESIÓN DE SANGRE SISTÓLICA ALTA 116 PRESIÓN DE SANGRE DIASTÓLICA BAJA 117 PRESIÓN SANGUÍNEA MEDIA BAJA 119 PRESIÓN DE SANGRE SISTÓLICA BAJA 223 SIN VALORES DE BPM
	5.2.- DETECTOR DE AIRE.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:36 2.1.2 DETALLES DE LOS COMPONENTES DE LA PARTE DE FLUJO SANGUÍNEO DETECTOR DE AIRE EL DETECTOR DE AIRE ALBERGA UNA CÁMARA DE GOTEO VENOSA. PARA ABRIR LA TAPA DEL DETECTOR DE AIRE: TIRE DE LA PESTAÑA DE APERTURA HACIA USTED AL TIEMPO QUE PRESIONA CON FUERZA EL CENTRO DE LA TAPA. SE EMITE UNA ALARMA SI EL NIVEL DE SANGRE EN LA CÁMARA DE GOTEO DISMINUYE POR LA PRESENCIA DE AIRE O ESPUMA.
	5.3.- DETECTOR DE FUGAS SANGUÍNEAS.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:47 2.2.2 COMPONENTES DE LA PARTE DE FLUJO DE LÍQUIDO DETECTOR DE FUGAS DE SANGRE EL DETECTOR DE FUGAS DE SANGRE COMPROBEA SI HAY SANGRE EN EL LÍQUIDO DE DIÁLISIS.
	6.- PANTALLA LCD O PLASMA O TECNOLOGÍA SUPERIOR INTEGRADA A LA MAQUINA.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:61 3.4 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA PANTALLA LA PANTALLA TÁCTIL CONTIENE LOS MENÚS Y BOTONES NECESARIOS PARA PREPARAR, PONER EN MARCHA, FINALIZAR Y MANTENER EL EQUIPO DE DIÁLISIS
	7.- CON CAPACIDAD DE INGRESAR AL MENOS TRES TIPOS DE PERFILES DE SODIO.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:198, 14.1.7 PERFILES TASA DE UF: SELECCIONABLE POR EL USUARIO HASTA UN MÁXIMO DE 4.0 L/H MODO NA+ BICARBONATO:

Folio 2209



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

NO	DESCRIPCIÓN	PROPUESTA DEL PROVEEDOR
		SELECCIONABLE POR EL USUARIO ENTRE 130 Y 150 MMOL/L MODO HCO3-BICARBONATO; SELECCIONABLE POR EL USUARIO ENTRE 20 Y 40 MMOL/L
8.-	CON DESPLIEGUE EN PANTALLA DE:	
8.1.-	PRESIÓN ARTERIAL DEL CIRCUITO	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:62, A:63 3.4.2 CONTROLES 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.
8.2.-	PRESIÓN VENOSA DEL CIRCUITO.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:63 3.4.2 CONTROLES 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
8.3.-	PRESIÓN TRANSMEMBRANA.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:204 14.2.5 TMP SE DEFINE COMO LA DIFERENCIA DE PB OUT - PD OUT, DONDE PB OUT ES LA PRESIÓN VENOSA Y PD OUT ES LA PRESIÓN MEDIDA EN EL LÍQUIDO DE DIÁLISIS, DONDE ENTRA EN EL EQUIPO DESPUÉS DEL DIALIZADOR. EL VALOR DE PTM 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 (LÍMITE DE ALARMA MÍNIMO PREDETERMINADO -100 MMHG; LÍMITE DE ALARMA MÁXIMO PREDETERMINADO 400 MMHG) PRECISIÓN: ±10 MMHG O ±5 %, EL MAYOR DE LOS DOS (DENTRO DEL RANGO ±500 MMHG)
8.4.-	FLUJO DE LÍQUIDO DIALIZANTE.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:198 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
8.5.-	FLUJO DE SANGRE.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:65 3.4.10 VISIÓN GENERAL DEL TRATAMIENTO EN LOS CAMPOS DE VISIÓN GENERAL 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. PS: VELOCIDAD DE FLUJO DE SANGRE EN ML/MIN. PULSE EL CAMPO PARA ABRIR EL MENÚ SANGRE.
8.6.-	TASA DE INFUSIÓN DE HEPARINA.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:65 3.4.10. HEP AC. VOLUMEN DE HEPARINA ACUMULADO EN ML DESDE EL INICIO DEL TRATAMIENTO.
8.7.-	TASA DE ULTRAFILTRACIÓN.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:65 3.4.10 TASA DE UF: TASA DE ULTRAFILTRACIÓN EN L/H. PULSE EL CAMPO PARA ABRIR EL MENÚ LÍQUIDO.
8.8.-	CONDUCTIVIDAD DEL DIALIZANTE.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:70 Y A:72, 3.4.19 CONDUCTIVIDAD CALCULADA (C/P): CONDUCTIVIDAD

Folio 2210



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

NO	DESCRIPCIÓN	PROPUESTA DEL PROVEEDOR
		DEL LIQUIDO DE DIALISIS CALCULADA (VALORES DE CONTROL/PROTECCIÓN C/P). BASÁNDOSE EN LOS VALORES DE SODIO Y BICARBONATO. * CONDUCTIVIDAD REAL (C/P): LECTURA DE LA CONDUCTIVIDAD REAL DEL LIQUIDO DE DIALISIS (VALORES DE CONTROL/PROTECCIÓN C/P).
8.9.-	VOLUMEN DE SANGRE PROCESADA.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:65 3.4.10 VISIÓN GENERAL DEL TRATAMIENTO. PS AC.- VOLUMEN DE SANGRE ACUMULADO EN L DESDE EL COMIENZO DEL TRATAMIENTO. PULSE EL CAMPO PARA ABRIR EL MENÚ SANGRE
8.10.-	TEMPERATURA DEL LIQUIDO DIALIZANTE.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A: 198, 14.1.5 SELECCIONABLE POR EL USUARIO DE 33 A 40 °C PRECISIÓN: +1.0/-2.5 °C EN LA SALIDA DEL LIQUIDO DE DIALISIS DEL EQUIPO, CON LA CONDICIÓN DE QUE LA TEMPERATURA DEL LIQUIDO DE DIALISIS SEA IGUAL O SUPERIOR A LA TEMPERATURA AMBIENTE. LÍMITES DE ALARMA: SELECCIONABLE POR EL USUARIO DE 32.5 A 40 °C (LÍMITE DE ALARMA MÍNIMO PREDETERMINADO DE 35 °C; LÍMITE DE ALARMA MÁXIMO PREDETERMINADO DE 39° C)
8.11.-	PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA DEL PACIENTE (SISTÓLICA Y DIASTÓLICA), FRECUENCIA CARDIACA.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:144 8.1, 8.2,8.3, 8.4 MONITOR DE PRESIÓN SANGUÍNEA EL MONITOR DE PRESIÓN SANGUÍNEA (BPM) MIDE LA PRESIÓN SANGUÍNEA Y LA FRECUENCIA DE PULSO. EL BPM SE UTILIZA PARA SUPERVISAR LA PRESIÓN SANGUÍNEA DEL PACIENTE CON EL FINDE ADVERTIR EN CASO DE HIPOTENSIÓN O HIPERTENSIÓN. MEDICIÓN DIRECTA DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA PROCEDIMIENTO
8.12.-	TIEMPO TRANSCURRIDO O RESTANTE DE DIALISIS	1).- PULSE EL CAMPO DE LECTURA BPM,SE INICIA LA MEDICIÓN. EL CORAZÓN QUE SE MUESTRA. EN EL CAMPO DE LECTURA EMPIEZA A PARPADEAR Y BPM PARPADEA EN LA BARRA DE ESTADO.
8.13.-	VOLUMEN DE ULTRAFILTRACIÓN CONSEGUIDO.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 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 DESINFECCIÓN. EL TIEMPO SE INDICA EN HH:MM. DURANTE EL TRATAMIENTO, TIEMPO QUE QUEDA DE LA DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO.
9.-	CON SISTEMA DE ALARMAS AUDIBLES Y VISIBLES DE:	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 B12 ALARMAS 1.1 GENERALIDADES ACERCA DE LAS ALARMAS 1.1.1 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 LA INDICA DE LA SIGUIENTE FORMA: LA PESTAÑA ALARMA PARPADEA. 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 PARPADEA. * 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. SIENA LA ALARMA SONORA. PARA LAS ALARMAS DE PRIORIDAD ALTA, LA ALARMA ES UN SONIDO

Folio 2211



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

NO	DESCRIPCIÓN	PROPUESTA DEL PROVEEDOR
		RECURRENTE DE DOS GRUPOS DE CINCO 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.
9.1.-	PRESIÓN ARTERIAL DEL CIRCUITO.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 B36 ALARMAS 115 PRESIÓN ARTERIAL BAJA APARECE: CUANDO LA PRESIÓN ARTERIAL DEL PACIENTE LLEGA AL LÍMITE DE ALARMA MÍNIMO 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 PINZA DE LA LÍNEA DE SANGRE VENOSA SE CIERRA. * LA TASA DE ULTRAFILTRACIÓN SE ESTABLECE EN CERO.
9.2.-	PRESIÓN VENOSA DEL CIRCUITO.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 B35 ALARMAS 114 PRESIÓN VENOSA ALTA APARECE: 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 ULTRAFILTRACIÓN SE ESTABLECE EN CERO. * LA PINZA DE LA LÍNEA DE SANGRE ARTERIAL SE CIERRA EN EL MODO DE UNA SOLA AGUJA.
9.3.-	PRESIÓN TRANSMEMBRANA.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 B64 ALARMAS 217 LA PTM ES MUY ALTA APARECE: CUANDO LA PRESIÓN TRANSMEMBRANA (PTM) HA LLEGADO AL LÍMITE DE ALARMA MÁXIMO ESTABLECIDO. B65 ALARMAS 218 LA PTM ES MUY BAJA APARECE: CUANDO LA PRESIÓN TRANSMEMBRANA (PTM) HA LLEGADO AL LÍMITE DE ALARMA MÍNIMO ESTABLECIDO.
9.4.-	FLUJO DEL LÍQUIDO DIALIZANTE.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 B28 ALARMAS 108 OBSTRUCCIÓN DEL CIRCUITO DE LÍQUIDO PRESIÓN DEL CIRCUITO DE SANGRE MUY ALTA. COMPRUEBE EL CIRCUITO Y ARRANQUE LA BOMBA DE SANGRE. APARECE: CUANDO EL CIRCUITO DE LÍQUIDO ESTÁ BLOQUEADO. ACCIONES DE LA MÁQUINA: LA BOMBA DE SANGRE SE DETIENE.
9.5.-	FLUJO DE SANGRE.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 B116 ATENCIONES 536 OBSTRUCCIÓN DEL CIRCUITO DE LÍQUIDO PRESIÓN DEL CIRCUITO DE SANGRE MUY ALTA. COMPRUEBE EL CIRCUITO Y ARRANQUE 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 COÁGULOS 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.
9.6.-	ULTRAFILTRACIÓN.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 B67 ALARMAS 220 DESVIACIÓN DEL VOLUMEN DE UF LA UF REAL PUEDE DIFERIR DE LA UF ESTABLECIDA EN (0) ML. COMPRUEBE LA PÉRDIDA DE PESO DEL PACIENTE. INTERRUPTA EL TRATAMIENTO. APARECE: CUANDO LAS MEDICIONES DEL VOLUMEN DE ULTRAFILTRACIÓN NO ESTÁN DENTRO DE

Folio 2212



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

NO	DESCRIPCIÓN	PROPIUESTA DEL PROVEEDOR
		LAS ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO DE DIÁLISIS. ESTO PUEDE OCURRIR CUANDO: <ul style="list-style-type: none"> <li>• EL CONTROL DE UF NO ESTÁ CALIBRADO O ESTÁ CALIBRADO INCORRECTAMENTE.</li> <li>• EL CONTROL DE UF NO FUNCIONA CORRECTAMENTE.</li> <li>• EL SENSOR DE UF DE PROTECCIÓN NO FUNCIONA CORRECTAMENTE.</li> </ul>
9.7.-	CONDUCTIVIDAD.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 857 ALARMAS 211 CONDUCTIVIDAD FUERA DE LÍMITES APARECE: CUANDO LA CONDUCTIVIDAD DEL LÍQUIDO DE DIÁLISIS ESTÁ FUERA DE LOS LÍMITES DE ALARMA ESTABLECIDOS. ACCIONES DE LA MÁQUINA: <ul style="list-style-type: none"> <li>• EL SONIDO DE ALARMA SE RETRASA DURANTE 30 SEGUNDOS.</li> <li>• SI LA CONDUCTIVIDAD ES IGUAL O SUPERIOR A 9 MS/CM, EL LÍQUIDO DE DIÁLISIS SE DESVÍA AL DIALIZADOR (TAVA ABIERTO).</li> <li>• CUANDO LA CONDUCTIVIDAD ES DEMASIADO ALTA, EL LÍQUIDO DE DIÁLISIS SE DESVÍA AL DIALIZADOR.</li> <li>• CUANDO LA CONDUCTIVIDAD DEL LÍQUIDO DE DIÁLISIS ES INFERIOR A 9 MS/CM, EL LÍQUIDO DE DIÁLISIS SE DESVÍA HACIA Y DESDE EL DIALIZADOR (INCLUIDO EL CIERRE DE EVVA).</li> <li>• 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 DIALIZADOR.</li> <li>• EL CIRCUITO DE FLUJO QUE SE MUESTRA EN PANTALLA SE VUELVE DE COLOR AMARILLO.</li> </ul>
9.8.-	TEMPERATURA DEL LÍQUIDO DIALIZANTE.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 859 ALARMAS 212 TEMPERATURA DEL LÍQUIDO DE DIÁLISIS BAJA APARECE: CUANDO LA TEMPERATURA DEL LÍQUIDO DE DIÁLISIS HA LLEGADO AL LÍMITE DE ALARMA MÍNIMO. ESTABLECIDO PARA LA TEMPERATURA. ACCIONES DE LA MÁQUINA: EL LÍQUIDO DE DIÁLISIS SE DESVÍA AL DIALIZADOR. CUANDO LA TEMPERATURA DEL LÍQUIDO DE DIÁLISIS VUELVE A ESTAR DENTRO DE LOS LÍMITES DE ALARMA ESTABLECIDOS, EL LÍQUIDO DE DIÁLISIS ENTRA AUTOMÁTICAMENTE EN EL DIALIZADOR.
9.9.-	DETECTOR DE FUGAS SANGUÍNEAS.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 819 ALARMAS 101 SANGRE DETECTADA EN EL CIRCUITO DE LÍQUIDO PARA ARRANCAR LA BOMBA DE SANGRE DURANTE (0)SEG. PARA ACLARAR EL DETECTOR, PULSE EL BOTÓN TEMPORIZADOR. APARECE: CUANDO HA ENTRADO SANGRE EN EL CIRCUITO DE LÍQUIDO DEL EQUIPO DESPUÉS DEL DIALIZADOR. ACCIONES DE LA MÁQUINA: <ul style="list-style-type: none"> <li>• LA BOMBA DE SANGRE SE DETIENE.</li> <li>• SE CIERRAN LAS PINZAS DE LAS LÍNEAS DE SANGRE VENOSA Y ARTERIAL.</li> <li>• LA TASA DE ULTRAFILTRACIÓN SE ESTABLECE EN CERO.</li> <li>• EL LÍQUIDO DE DIÁLISIS SE DESVÍA DEL DIALIZADOR (CUANDO SE DETECTA SANGRE).</li> <li>• PARTE DEL CIRCUITO DE FLUJO DE LÍQUIDO QUE SE MUESTRA EN PANTALLA PARPADEA.</li> </ul>
9.10.-	DETECTOR DE AIRE.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 817 ALARMAS 12 ALARMAS DE PRIORIDAD ALTA 100 AIRE EN CÁMARA DE GOTEO VENOSA PULSE EL BOTÓN TEMPORIZADOR Y, A CONTINUACIÓN, GIRE EL BOTÓN PARA AUMENTAR EL NIVEL EN LA CÁMARA DE GOTEO. APARECE: CUANDO HA

Folio 2213



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

NO	DESCRIPCIÓN	PROPUESTA DEL PROVEEDOR
		ENTRADO AIRE EN EL CÁMARA DE GOTEO VENOSA. ACCIONES DE LA MÁQUINA: • LA BOMBA DE SANGRE SE DETIENE. • SE CIERRAN LAS PINZAS DE LAS LÍNEAS DE SANGRE VENOSA Y ARTERIAL. • LA TASA DE ULTRAFILTRACIÓN SE ESTABLECE EN CERO. • EL LÍQUIDO DE DIÁLISIS SE DESVÍA DEL DIALIZADOR.
9.11.-	FALLA EN EL SUMINISTRO DE AGUA.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 855 ALARMA 209 PRESIÓN DEL AGUA DE ENTRADA INSUFICIENTE COMPROBAR SUMINISTRO AGUA. APARECE: CUANDO LA PRESIÓN DEL SUMINISTRO DE AGUA ES DEMASIADO BAJA. ACCIONES DE LA MÁQUINA: EL FLUJO DE LÍQUIDO SE DESVÍA HACIA Y DESDE EL DIALIZADOR.
9.12.-	FALLA EN EL SUMINISTRO DE ENERGÍA ELÉCTRICA.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 860 ALARMAS 213 FALLO CORRIENTE BATERÍA UTILIZADA DURANTE (0) MINUTOS. APARECE: INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE UN FALLO DE ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA CUANDO SE UTILIZA LA BATERÍA 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: COMPRUEBE LA FUENTE DE ALIMENTACIÓN Y EL CABLE DE RED.
9.13.-	PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 831 ALARMAS 110 PRESIÓN DE SANGRE DIASTÓLICA ALTA PARA BORRAR LA ALARMA, PULSE CONFIRMAR. APARECE: CUANDO LA PRESIÓN SANGUÍNEA DIASTÓLICA DEL PACIENTE ESTÁ FUERA DEL LÍMITE DE ALARMA MÁXIMO ESTABLECIDO. ACCIONES DE LA MÁQUINA: NINGUNA. 834 113 PRESIÓN DE SANGRE SISTÓLICA ALTA PARA BORRAR LA ALARMA, PULSE CONFIRMAR. APARECE: CUANDO LA PRESIÓN SANGUÍNEA SISTÓLICA DEL PACIENTE LLEGA AL LÍMITE DE ALARMA MÁXIMO ESTABLECIDO. ACCIONES DE LA MÁQUINA: NINGUNA. 837 116 PRESIÓN DE SANGRE DIASTÓLICA BAJA. PARA BORRAR LA ALARMA, PULSE CONFIRMAR. APARECE: CUANDO LA PRESIÓN SANGUÍNEA DIASTÓLICA DEL PACIENTE ESTÁ FUERA DEL LÍMITE DE ALARMA MÍNIMO ESTABLECIDO. ACCIONES DE LA MÁQUINA: NINGUNA. 840 119 PRESIÓN DE SANGRE SISTÓLICA BAJA. PARA BORRAR LA ALARMA, PULSE CONFIRMAR. APARECE: CUANDO LA PRESIÓN SANGUÍNEA SISTÓLICA DEL PACIENTE LLEGA AL LÍMITE DE ALARMA MÍNIMO ESTABLECIDO. ACCIONES DE LA MÁQUINA: NINGUNA.
10.-	CON SISTEMA AUTOMÁTICO PARA DESINFECCIÓN QUÍMICA.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A: 165 DESINFECCIÓN Y LIMPIEZA. 10.4 DESINFECCIÓN QUÍMICA 10.4.1 ACERCA 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 ACLARA Y SE VACÍA. LA DESINFECCIÓN TÉRMICA SE PUEDE SUSTITUIR POR DESINFECCIÓN QUÍMICA. SIN EMBARGO, TENGA EN CUENTA QUE LA DESCALCIFICACIÓN (CARTUCHO CLEANCART C O ÁCIDO

Folio 2214



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

NO	DESCRIPCIÓN	PROPUESTA DEL PROVEEDOR
		CÍTRICO LÍQUIDO) NO SE PUEDE SUSTITUIR POR UNA DESINFECCIÓN QUÍMICA.
11.-	CON SISTEMA AUTOMÁTICO PARA REMOCIÓN DE SALES Y/O CON SISTEMA AUTOMÁTICO DE DESINFECCIÓN TÉRMICA.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A162 DESINFECCIÓN Y LIMPIEZA. 10.3.2 LIMPIEZA Y DESCALCIFICACIÓN LOS PROGRAMAS DE DESINFECCIÓN TÉRMICA PUEDEN INCLUIR UNA LIMPIEZA Y UNA DESCALCIFICACIÓN. LA SOLUCIÓN DE LIMPIEZA O DESCALCIFICACIÓN SE MEZCLA CON AGUA, SE CALIENTA Y RECORRE EL CIRCUITO DE LÍQUIDO DURANTE EL PROGRAMA DE DESINFECCIÓN TÉRMICA. UN PROGRAMA DE DESCALCIFICACIÓN (CARTUCHO CLEAN CART C O ÁCIDO CÍTRICO LÍQUIDO) NO SE PUEDE SUSTITUIR POR UN PROGRAMA DE DESINFECCIÓN QUÍMICA. LA SOLUCIÓN DE LIMPIEZA PUEDE SER UNA SOLUCIÓN DE LIMPIEZA DE CARTUCHO CLEAN CART A O HIPOCLORITO DE SODIO. ESTAS ALTERNATIVAS ELIMINAN LAS GRASAS, LAS PROTEÍNAS Y EL MATERIAL ORGÁNICO. LA SOLUCIÓN DE DESCALCIFICACIÓN PUEDE SER UNA SOLUCIÓN DE CARTUCHO CLEAN CART C O ÁCIDO CÍTRICO LÍQUIDO. ESTAS ALTERNATIVAS ELIMINAN LOS DEPÓSITOS DE CARBONATO CÁLCICO.
12.-	GABINETE CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS: SUPERFICIES DE MATERIAL LAVABLE, CON BASE RÓDABLE, CON SISTEMA DE FRENOS.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:41 BANDEJA SUPERIOR PARA PROTEGER EL EQUIPO CONTRA LOS VERTIDOS, LA BANDEJA SUPERIOR DEBE ESTAR SIEMPRE CORRECTAMENTE COLOCADA SOBRE EL EQUIPO.
13.-	CAPACIDAD PARA GUARDAR LA INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO EN CASO DE FALLA DE ENERGÍA ELÉCTRICA.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:77, A:78.3.6.1 FALLO 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 AJUSTES Y VALORES REALES. LA BOMBA DE SANGRE CONTINUA FUNCIONANDO ALIMENTADA POR LA BATERÍA. NO SE PROPORCIONA CALENTAMIENTO DEL LÍQUIDO DE DIÁLISIS. LA BATERÍA DE RESERVA TIENE UNA DURACIÓN DE 30 MINUTOS.
14.-	CON CAPACIDAD PARA REALIZAR EL RETORNO SANGUÍNEO EN FORMA MANUAL EN CASO DE FALLA ELÉCTRICA.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:35 Y A:37 2.1.2 DETALLES DE LOS COMPONENTES DE LA PARTE DEL FLUJO SANGUÍNEO DURANTE UN FALLO DE ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA, PUEDE ACTIVAR EL ROTOR DE LA BOMBA MANUALMENTE (HACIA LA IZQUIERDA) UTILIZANDO EL ASA PARA HACER CIRCULAR LA SANGRE.
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 A:24, 1.4 CONCENTRADOS, DESINFECTANTES QUÍMICOS, ACCESORIOS Y MATERIALES DESECHABLES BAXTER RECHAZA TODA RESPONSABILIDAD POR EL USO DEL EQUIPO DE DIÁLISIS CON CONCENTRADOS, DESINFECTANTES QUÍMICOS, ACCESORIOS O MATERIALES DESECHABLES DISTINTOS DE LOS ESPECIFICADOS EN ESTA SECCIÓN. EL USO DE OTROS MATERIALES PUEDE REDUCIR LAS GARANTÍAS DE BAXTER PARA EL EQUIPO DE DIÁLISIS.
16.-	CONSUMIBLES SOLUCIONES PARA HEMODIÁLISIS: CON CONCENTRACIONES VARIABLES DE CALCIO Y POTASIO SEGÚN REQUERIMIENTOS DEL USUARIO	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:25 1.4.2 CONCENTRADOS NO LÍQUIDOS: EL CARTUCHO BICARBONATO (NAHCO3 EN POLVO) SE PUEDE UTILIZAR EN COMBINACIÓN CON CONCENTRADOS LÍQUIDOS ADECUADOS PARA HEMODIÁLISIS. CONCENTRADOS LÍQUIDOS: * LOS CONCENTRADOS B LÍQUIDOS, ADECUADOS PARA HEMODIÁLISIS, PUEDEN USARSE EN COMBINACIÓN CON CONCENTRADOS A LÍQUIDOS ADECUADOS PARA HEMODIÁLISIS (CONSULTE LA TABLA A CONTINUACIÓN).

Folio 2215



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

NO	DESCRIPCIÓN	PROPUESTA DEL PROVEEDOR
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• PUEDEN USARSE CONCENTRADOS A LÍQUIDOS, ADECUADOS PARA HEMODIÁLISIS, QUE CONTIENEN NaCl, KCl, MgCl<sub>2</sub>, CaCl<sub>2</sub>, CON O SIN C<sub>6</sub>H<sub>12</sub>O<sub>6</sub> (GLUCOSA) Y YA SEA C<sub>6</sub>H<sub>5</sub>O<sub>7</sub> (ÁCIDO CÍTRICO) O CH<sub>3</sub>COOH (ÁCIDO ACÉTICO)</li> <li>• PUEDEN USARSE CONCENTRADOS B LÍQUIDOS, ADECUADOS PARA HEMODIÁLISIS, QUE CONTENGAN NAHCO<sub>3</sub> CON O SIN NaCl. LOS CONCENTRADOS LÍQUIDOS RECOMENDADOS ADECUADOS PARA USO DE HEMODIÁLISIS SON CONCENTRADOS QUE CUMPLEN CON LA NORMA ISO 13958 O EQUIVALENTE</li> </ul>
17.-	BICARBONATO DE SODIO PARA PREPARACIÓN MANUAL O AUTOMÁTICA (PARA USO NO PARENTERAL).	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 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. BAXTER 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 AK98 V3 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 (CARTUCHO BICART).
18.-	LÍNEAS ARTERIAL Y VENOSA CON PROTECTOR DE TRANSDUCTOR DE PRESIÓN, DESECHABLE Y ADAPTABLE O INTEGRADO A LAS LÍNEAS ARTERIAL Y VENOSA (NEONATAL, PEDIÁTRICA, ADULTO).	MANUAL DEL OPERADOR A27 1.4.4 Y EN LA FICHA TÉCNICA LÍNEAS NOVALINE. LÍNEAS DE SANGRE. LOS ACCESORIOS MENCIONADOS EN ESTA SECCIÓN ESTÁN APROBADOS Y ES OBLIGATORIO UTILIZARLOS CON EL EQUIPO DE DIÁLISIS AK 98. NOVALINE: JUEGO DE LÍNEAS PARA HEMODIÁLISIS PARA MÁQUINA AK98. CÓDIGO: 755419 LOS PROTECTORES DEL TRANSDUCTOR DE PRESIÓN SON COMPONENTES CRUCIALES EN LAS LÍNEAS DE SANGRE; ADEMÁS DE SER UN IMPORTANTE PUNTO DE CONEXIÓN PARA MEDIR LA PRESIÓN, SON UNA DEFENSA CONTRA LA CONTAMINACIÓN SANGUÍNEA. OFRECEMOS CONEXIONES DE TRANSDUCTOR DE PRESIÓN SEGURAS CON UN PROTECTOR DE DOS MEMBRANAS
19.-	AGUJAS PARA PUNCIÓN DE FÍSTULA ARTERIO-VENOSA.	MANUAL DEL OPERADOR A:83 Y A:84 4.1 FUNCIONAMIENTO BÁSICO 4.2 INICIO DE UN TRATAMIENTO CON AGUJA DOBLE. FICHA TÉCNICA AGUJAS PARA PUNCIÓN FÍSTULA ARTERIOVENOSA FICHA TÉCNICA AGUJAS PARA FÍSTULA NEEDLE GAMBRO: 15G (1.8MM), 16G (1.6MM), 17G (1.5MM) Y LONGITUD DE 25MM CON OJO. POSTERIOR Y EJE GIRATORIO. TUBO DE 30 CM. CÓDIGO (15G) 100767/ (16G) 101240/ (17G) 100959
20.-	FILTROS PARA HEMODIÁLISIS O HEMODIALIZADORES A PARTIR DE 0.2 M2 DE CUALQUIER MATERIAL SINTÉTICO.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A: 29 1.4.8 DIALIZADORES BAXTER HA DETERMINADO QUE LOS DIALIZADORES INCLUIDOS EN LA LISTA CUMPLEN LAS ESPECIFICACIONES Y LAS INSTRUCCIONES DE USO PROPORCIONADAS PARA EL EQUIPO DE DIÁLISIS AK 98 RELATIVAS, POR EJEMPLO, AL PROCEDIMIENTO DE CEBADO RECOMENDADO; ADEMÁS, LOS CONECTORES Y LOS PUERTOS DE LOS DIALIZADORES CUMPLEN LAS NORMAS ISO 8637 Y EN 1283. CON SUPERFICIES CORPORALES DESDE 2.4 A 1.2 M2 DIALIZADORES POLIFLUX DIALIZADORES REVACLEAR ÉSTOS DIALIZADORES

Folio 2216



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



UNIDAD DE HEMODIALISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

NO	DESCRIPCIÓN	PROPUESTA DEL PROVEEDOR
		DE FIBRAS HUECAS HAN SIDO VALIDADOS POR GAMBRO PARA SU USO CON EL EQUIPO DE DIÁLISIS AK 98.
21.-	LÍQUIDO DESINFECTANTE Y DESINCRUSTANTE SEGÚN SEA EL CASO.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:67, A:68, 3.4.17, CALOR CORTO CÍTRICO: INICIA EL PROGRAMA DE DESINFECCIÓN CORTO CON ÁCIDO CÍTRICO LÍQUIDO QUE ESTÁ CONECTADO EN LA PARTE POSTERIOR DEL EQUIPO. • CÍTRICO 20 %: INICIA EL PROGRAMA DE DESINFECCIÓN CORTO CON ÁCIDO CÍTRICO LÍQUIDO QUE ESTÁ CONECTADO EN LA PARTE POSTERIOR DEL EQUIPO. • CALOR: INICIA EL PROGRAMA DE DESINFECCIÓN CON AGUA CALIENTE • HIPOCLORITO 10 %: INICIA UN PROGRAMA DE DESINFECCIÓN CON HIPOCLORITO
22.-	LAS CANTIDADES SERÁN DETERMINADAS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES OPERATIVAS DE LAS UNIDADES MÉDICAS, ASEGURANDO COMPATIBILIDAD PARA LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:67, A:68, 3.4.17, CALOR CORTO CÍTRICO: INICIA EL PROGRAMA DE DESINFECCIÓN CORTO CON ÁCIDO CÍTRICO LÍQUIDO QUE ESTÁ CONECTADO EN LA PARTE POSTERIOR DEL EQUIPO. • CÍTRICO 20 %: INICIA EL PROGRAMA DE DESINFECCIÓN CORTO CON ÁCIDO CÍTRICO LÍQUIDO QUE ESTÁ CONECTADO EN LA PARTE POSTERIOR DEL EQUIPO. • CALOR: INICIA EL PROGRAMA DE DESINFECCIÓN CON AGUA CALIENTE • HIPOCLORITO 10 %: INICIA UN PROGRAMA DE DESINFECCIÓN CON HIPOCLORITO
ACCESORIOS OPCIONALES		
23.-	MONITOR DE KT/V.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:153, 9.4 MEDICIÓN DE KT/V EL EQUIPO DE DIÁLISIS PUEDE CALCULAR EL VALOR DE KT/V EN UNA SOLA MEDICIÓN O A INTERVALOS. SI ES NECESARIO REALIZAR LA MEDICIÓN DE KT/V, EL VOLUMEN DE DISTRIBUCIÓN TIENE QUE ESTABLECERSE ANTES DE REALIZAR LA COMPROBACIÓN DE MEDICIÓN. EL VOLUMEN DE DISTRIBUCIÓN ESTÁ RELACIONADO CON EL PACIENTE (SE BASA EN EL PESO EN SECO DEL PACIENTE) Y EL OPERADOR DEBE CALCULARLO Y ESTABLECERLO ADECUADAMENTE PARA OBTENER UN VALOR DE KT/V CORRECTO.
24.-	COMPUTADORA CON SOFTWARE DE HEMODIALISIS PARA OBTENCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE DATOS.	NO APLICA.
24.-	IMPRESORA.	NO APLICA.
25.-	SISTEMA DE PREPARACIÓN EN LÍNEA DEL BICARBONATO.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:23 Y A:24 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. BAXTER 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 AK98 V3 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 (CARTUCHO BICART).
26.-	MONITOR DE NIVELES DE HEMATOCRITO.	NO APLICA.
27 -	MONITOREO EN TIEMPO REAL DE ACLARAMIENTO DE LA URÉA.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:152, 9.3 LA FUNCIÓN DIASCAN MIDE EL ACLARAMIENTO. EL EQUIPO DE DIÁLISIS

Folio 2217



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIÁLISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

NO	DESCRIPCIÓN	PROPUESTA DEL PROVEEDOR
		PUEDE MEDIR EL ACLARAMIENTO (K) Y CALCULAR EL VALOR DE KT EN UNA SOLA MEDICIÓN O A INTERVALOS. EL EQUIPO DE DIÁLISIS NECESITA UN TIEMPO DETERMINADO PARA REALIZAR LA MEDICIÓN. NO INICIE UNA MEDICIÓN ÚNICA SI QUEDAN MENOS DE 30 MINUTOS DE LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO.
	28.- LAS UNIDADES MÉDICAS LOS SELECCIONARÁN DE ACUERDO A SUS NECESIDADES, ASEGURANDO SU COMPATIBILIDAD CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO.	SEGUN MARCA Y MODELO. LAS UNIDADES MÉDICAS LOS SELECCIONARÁN DE ACUERDO A SUS NECESIDADES.
	28.1 REFACCIONES:	
	SEGUN MARCA Y MODELO. LAS UNIDADES MÉDICAS LOS SELECCIONARÁN DE ACUERDO A SUS NECESIDADES, ASEGURANDO SU COMPATIBILIDAD CON LA MARCA Y MODELO DEL EQUIPO.	SEGUN MARCA Y MODELO. LAS UNIDADES MÉDICAS LOS SELECCIONARÁN DE ACUERDO A SUS NECESIDADES.
	29.-INSTALACIÓN CORRIENTE ELÉCTRICA DE 120V ±10% O 220V ±10% / 60 HZ, TIERRA FÍSICA.	MANUAL DEL OPERADOR A:201 Y A:202 14.1.16 FUENTE DE ALIMENTACIÓN VOLTAJE DE RED 115 V CA, 50 HZ 115 V CA, 60 HZ
	30.- OPERACIÓN POR PERSONAL ESPECIALIZADO DE ACUERDO A LA NOM- 003- SSA3-2010 Y MANUAL DE OPERACIÓN.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:15 Y A:16, 1.2, 1.2.1 ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES GENERALES PREVIO AL USO PARA EVITAR UN PROCEDIMIENTO INADECUADO, EL EQUIPO DE DIÁLISIS AK 98 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 TEXTO VÁLIDO RELATIVO A LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL EQUIPO. CONSULTE LA SECCIÓN 1.2.8 COMPRUEBE QUE EL PRIMER DÍGITO DE LA VERSIÓN DEL PROGRAMA DEL EQUIPO COINCIDE CON EL DEL MANUAL. SI EL EQUIPO DE DIÁLISIS AK 98 NO FUNCIONA SEGUN LO DESCRITO EN ESTE MANUAL, NO DEBERÁ UTILIZARSE HASTA QUE SE HAYA RECTIFICADO LA SITUACIÓN. MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3 A:23, 1.3 USO PREVISTO 1-3-2 FORMACIÓN PARA EVITAR UN PROCEDIMIENTO INADECUADO, EL EQUIPO DE DIÁLISIS AK 98 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 TEXTO VÁLIDO RELATIVO A LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL EQUIPO. CONSULTE LA SECCIÓN 1.2.8 "EN LA PÁGINA A:19. COMPRUEBE QUE EL PRIMER DÍGITO DE LA VERSIÓN DEL PROGRAMA DEL EQUIPO COINCIDE CON EL DEL MANUAL. SI EL EQUIPO DE DIÁLISIS AK 98 NO FUNCIONA SEGUN LO DESCRITO EN ESTE MANUAL, NO DEBERÁ UTILIZARSE HASTA QUE SE HAYA RECTIFICADO LA SITUACIÓN.
	31.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO POR PERSONAL CALIFICADO Y CERTIFICADO POR PERSONAL AUTORIZADO POR EL FABRICANTE.	MANUAL DEL OPERADOR AK98 V3, A:15 Y A:17, 1.2 Y 1.2.1 ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES GENERALES PREVIO AL USO PARA ASEGURAR UN FUNCIONAMIENTO CORRECTO. LAS INSPECCIONES, CALIBRACIÓN Y MANTENIMIENTO PREVENTIVOS DEL EQUIPO DE DIÁLISIS AK 98 DEBEN REALIZARSE UN TÉCNICO DE MANTENIMIENTO AUTORIZADO CON UNA FORMACIÓN COMPLETA DE ACUERDO CON EL MANUAL DE MANTENIMIENTO DE AK 98, QUE PUEDE SOLICITARSE A UN REPRESENTANTE DE BAXTER.

Folio 2218



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

NO	DESCRIPCIÓN	PROPUESTA DEL PROVEEDOR
		EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEBE REALIZARSE OBLIGATORIAMENTE EN AÑOS ALTERNOS COMO MÍNIMO. SE RECOMIENDA REALIZAR MANTENIMIENTO TODOS LOS AÑOS. EL INTERVALO ENTRE LOS PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PUEDE VARIAR EN FUNCIÓN DE DIFERENCIAS DEL ENTORNO DE FUNCIONAMIENTO.

No	Descripción	Propuesta del proveedor
	DESCRIPCIÓN: Equipo para el tratamiento de pacientes con falla renal o con otros padecimientos que requieran desintoxicación sanguínea y eliminación de exceso de líquidos del organismo (ultrafiltración) para uso en neonato, pediátrico y adulto a través de terapias dialíticas.	EQUIPO PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON FALLA RENAL O CON OTROS PADECIMIENTOS QUE REQUIERAN DESINTOXICACIÓN SANGUÍNEA Y ELIMINACIÓN DE EXCESO DE LÍQUIDOS DEL ORGANISMO (ULTRAFILTRACIÓN) PARA USO EN NEONATO, PEDIÁTRICO Y ADULTO A TRAVÉS DE TERAPIAS DIALÍTICAS. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPÍTULO 1. PROPOSITO DE ESTA MÁQUINA Y CONTRAINDICACIÓN. SUBINDICE 1.1 PROPOSITO ENTENDIDO DE ESTA MAQUINA  Hoja 1-1  FABRICANTE: YAC BLEX CO LTD  MARCA: NIPRO  MODELO: DIAMAX  Registro Sanitario: 0754E2008 SSA
	1.- Máquina de hemodiálisis con tecnología basada en microprocesadores.	MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS CON TECNOLOGÍA BASADA EN MICROPROCESADORES.  MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.  Foja 7-1.  PUNTO 7.  SUBINDICE 26
	2.- Con capacidad de administración de datos a través de un sistema de cómputo.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPÍTULO 9, Configuración del panel de operación SUBINDICE 9.6. Nombres y funciones de la sección de la fuente de energía. Hoja 9-5 TABLA Numeros 161.  CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Funciones.

Folio 2219



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

		Puerto de conexión a computadora para visualizar los parámetros de tratamiento.
3.- Que trabaje con bicarbonato en polvo, cartucho o en solución (para uso no parenteral).	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7. ESPECIFICACIONES SUBINDICE 7.1 Funciones principales de la máquina Hoja 7-2	
4.1.- Temperatura del líquido dializante dentro del rango de 35 a 38 grados centígrados.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 14. FUNCIONAMIENTO DE LA MAQUINA CON PACIENTE SUBINDICE 14.3.4 Proceso de preparación de diálisis Hoja 14-10 PARÁMETROS VISUALIZABLES EN LOS TRES BOTONES DE LA PANTALLA CENTRAL.  MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7. ESPECIFICACIONES SUBINDICE 7.9.8 Temperatura del Dializado. Hoja 7-7 TABLA.  CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Temperatura de dializado.	
4.2.- Flujo del líquido dializante dentro del rango de 300 a 800 ml/min o mayor.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7. ESPECIFICACIONES SUBINDICE 7.9.9. Velocidad de Flujo de Dializado Hoja 7-7 TABLA CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Flujo de dializado.	
4.3.- Flujo de sangre dentro del rango de 15 ml/min a 500 ml/min.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7. Especificaciones. SUBINDICE 7.10.4. Bomba de sangre Hoja 7-9 TABLA.	
4.4.- Nivel de bicarbonato programable (parcial 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 ms/cm.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7. Especificaciones. SUBINDICE 7.9.7. Diálisis de Bicarbonato Hoja 7-6 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 ms/cm.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7. Especificaciones. SUBINDICE 7.9.7. Diálisis de Bicarbonato Hoja 7-6 TABLA	
4.6.- Sistema de control de la ultrafiltración con tasa dentro del rango de 0.0 a 3 l/h. o de 0.0 a 3 kg/h.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7. Especificaciones SUBINDICE 7.9.4. Ultrafiltración. Hoja 7-5 TABLA CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Control de ultrafiltración	

Folio 2220



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

<p>4.7.- Sistema integrado de infusión 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 0.1ml/h.</p>	<p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.          CAPITULO 7. Especificaciones.          SUBINDICE 7.10.5 Bomba de Heparina          Hoja 7-9          TABLA</p> <p>CATÁLOGO DIAMAX.          Hoja 4.          ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:          Bomba de heparina.</p>
<p>5.- Que cuente dentro del sistema con alarmas críticas:</p>	
<p>5.1.- Presión arterial no invasiva.</p>	<p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.          CAPITULO 10, ACTIVACIÓN DE ALARMAS Y SU METODO DE RESETEO.          Hoja 10-1</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.          CAPITULO 17. Monitor de Presión Sanguínea No Invasiva (Opción)          SUBINDICE 17.5 ALARMAS.          Hoja 9          TABLA.          ALARMAS No.0300 LIMITE SUPERIOR SISTOLICO          ALARMAS No.0301 LIMITE INFERIOR SISTOLICO.          ALARMAS No.0302 LIMITE SUPERIOR DIASTOLICO          ALARMAS No.0303 LIMITE INFERIOR DIASTOLICO.</p> <p>CATÁLOGO DIAMAX.          Hoja 4.          ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:          Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales.          Alarma del monitor de presión sanguínea no invasiva (BPM).</p>
<p>5.2.- Detector de aire.</p>	<p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.          CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de reseteo.          SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información          Hoja 10-21          TABLA          ALARMAS 0100 BURBUJA DETECTADA EN LA LINEA</p> <p>CATÁLOGO DIAMAX.          Hoja 4.          ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:          Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales          Detector de Burbuja de Aire.</p>
<p>5.3.- Detector de fugas sanguíneas.</p>	<p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.          CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de reseteo.          SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información          Hoja 10-22          TABLA          ALARMAS 0110 FUGA DE SANGRE DETECTADA.</p>

Folio 2221



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



**UNIDAD DE HEMODIALISIS  
 SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

		CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. Detector de Fuga de Sangre.
6.- Pantalla LCD a plasma o tecnología superior integrada a la máquina.		MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 9 CONFIGURACIÓN DEL PANEL DE OPERACIÓN. SUBINDICE 9.2. Nombres y funciones del panel de operación. Hoja 9-2 TABLA Numeros 18 Numeros 30  CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Funciones. Pantalla LCD a color de 12 pulgadas con panel sensible al tacto.  CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 3. PANTALLA LCD DE 12 PULGADAS CON PANEL TÁCTIL.
7.- Con capacidad de ingresar al menos tres tipos de perfiles de sodio.		MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7, Especificaciones. SUBINDICE 7.13. Especificaciones de Software. Hoja 7-13, PUNTO (3) Perfiles INCISO (B) Perfil A  MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 14, Funcionamiento de la Máquina con Paciente. PUNTO 14.17. Perfiles de la máquina DIAMAX, SUBINDICE 14.17.1 Perfiles de Sodio y Bicarbonato. Hoja 14-38  CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 3. PERFILES PROGRAMABLES.
8.- Con despliegue en pantalla de:		
8.1.- Presión arterial del circuito		MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA. SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal Hoja 12-3 TABLA Numeros 1 Numeros 2
8.2.- Presión venosa del circuito.		MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA. SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal. Hoja 12-3 TABLA

**Folio 2222**



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

	Numeral 1
	Numeral 2
8.3.- Presión transmembrana.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA. SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal, Hoja 12-3 TABLA Numeral 2
8.4.- Flujo de líquido dializante.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA. SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal, Hoja 12-3 TABLA Numeral 2
8.5.- Flujo de sangre.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA. SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal, Hoja 12-3 TABLA Numeral 5
8.6.- Tasa de infusión de heparina.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA. SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal, Hoja 12-3 TABLA Numeral 5
8.7.- Tasa de ultrafiltración.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA. SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal, Hoja 12-3 TABLA Numeral 6
8.8.- Conductividad del dializante.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA. SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal, Hoja 12-3 TABLA Numeral 2
8.9.- Volumen de sangre procesado.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA. SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal, Hoja 12-3 TABLA Numeral 2
8.10.- Temperatura del líquido dializante.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA. SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal, Hoja 12-3 TABLA Numeral 2
8.11.- Presión arterial no invasiva del paciente (sistólica y diastólica), frecuencia cardíaca.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.

Folio 2223



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL:7444659721

	<p>SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,          Hoja 12-3          TABLA          Numeral 2</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.          CAPITULO 14 FUNCIONAMIENTO DE LA MAQUINA CON PACIENTE.          SUBINDICE 14.9 Procesos de diálisis          Hoja 14-30          TABLA          Numeral 1</p>
8.12.- Tiempo transcurrido o restante de diálisis	<p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.          CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.          SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,          Hoja 12-3          TABLA          Numeral 2</p>
8.13.- Volumen de ultrafiltración conseguido.	<p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.          CAPITULO 12 OPERACIÓN DE LA MAQUINA.          SUBINDICE 12.2. Configuración de la pantalla principal,          Hoja 12-3          TABLA          Numeral 6</p>
9.- Con sistema de alarmas audibles y visibles de:	
9.1.- Presión arterial del circuito.	<p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.          CAPITULO 10 ACTIVACION DE ALARMAS Y SU METODO DE RESETEO.          Hoja 10-1</p> <p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.          CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.          SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información,          Hoja 10-17,          ALARMAS          0072 LIMITE SUPERIOR DE PRESION ARTERIAL PG4a.          0073 LIMITE INFERIOR DE PRESION ARTERIAL PG4a.          0074 MAXIMA PRESION ARTERIAL PG4a.          0075 MINIMA PRESION ARTERIAL PG4a.          CATÁLOGO DIAMAX.          Hoja 4.          ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:          Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales.          Alarmas de presión venosa, arterial, transmembrana y de dializado.</p>
9.2.- Presión venosa del circuito.	<p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.          CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.          SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información,          Hoja 10-19          ALARMAS          0080 LIMITE SUPERIOR DE PRESION VENOSA (PG5)          0081 LIMITE INFERIOR DE PRESION VENOSA (PG5)</p>

Folio 2224



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



**UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
 SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

	<p>0082 MAXIMA PRESION VENOSA (PGS)          0083 MINIMA PRESION VENOSA (PGS)</p> <p>CATÁLOGO DIAMAX.          Hoja 4.          ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:          Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales.          Alarmas de presión venosa, arterial, transmembrana y de alcatizado.          Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales</p>
9.3.- Presión transmembrana.	<p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.          CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.          SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información,          Hoja 10-24          ALARMAS          0150 LIMITE SUPERIOR DE PRESION TRANSMEMBRANA.          0151 LIMITE INFERIOR DE PRESION TRANSMEMBRANA.</p> <p>CATÁLOGO DIAMAX.          Hoja 4.          ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:          Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales.          Alarmas de presión venosa, arterial, transmembrana y de alcatizado.</p>
9.4.- Flujo del líquido dializante.	<p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.          CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.          SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información          Hoja 10-24          ALARMAS          0123 FALLA DE SENSOR DE FLUJO 2 (DIALIZADO)          0124 TIEMPO EXCEDIDO EN SENSOR DE FLUJO 2 (DIALIZADO).          0125 TIEMPO EXCEDIDO EN SENSOR DE FLUJO 2 (DIALIZADO).</p>
9.5.- Flujo de sangre.	<p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.          CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.          SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información,          Hoja 10-29          ALARMAS          0210 FALLA DE BOMBA DE SANGRE ARTERIAL.          0211 PROBLEMA EN BOMBA DE SANGRE ARTERIAL.          0212 BOMBA DE SANGRE ARTERIAL DETENIDA.          Hoja 10-30          ALARMA          0213 BOMBA DE SANGRE ARTERIAL DETENIDA.</p>
9.6.- Ultrafiltración.	<p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.          CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.</p>

**Folio 2225**



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

	SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información. Hoja 10-25 ALARMAS 0140 FALLA DE TASA DE UF 0141 FALLA EN BOMBA DE UF 0142 LIMITE SUPERIOR DE TASA DE UF.
9.7.- Conductividad.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 10 Activación de Alarmas y su método de Reseteo. SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información. Hoja 10-13. ALARMAS 0040 FALLA DE DIFERENCIAL DE CONDUCTIVIDAD CD2-CD4 0041 FALLA DIFERENCIAL DE CONDUCTIVIDAD CD1-CD3 0042 LIMITE SUPERIOR DE CONDUCTIVIDAD AG+B. 0043 LIMITE INFERIOR DE CONDUCTIVIDAD AG+B.  Hoja 10-14 ALARMAS 0044 FALLA EN EL CONTROL DE CONDUCTIVIDAD AG+B. 0045 FALLA DIFERENCIAL DE SOLUCION B. 0046 LIMITE SUPERIOR DE CONDUCTIVIDAD TOTAL 0047 LIMITE INFERIOR DE CONDUCTIVIDAD TOTAL Hoja 10-15 ALARMAS 0048 FALLA DE CONTROL DE CONDUCTIVIDAD TOTAL. 0049 FALLA DIFERENCIAL TOTAL DE SOLUCION.  CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. Alarma de conductividad del líquido de diálisis.
9.8.- Temperatura del líquido dializante.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo. SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información Hoja 10-12 ALARMAS 0030 TEMPERATURA DE DIALIZADO EXCEDIDA. 0031 LIMITE SUPERIOR DE TEMPERATURA DE DIALIZADO. 0032 LIMITE INFERIOR DE TEMPERATURA DEL DIALIZADO.  CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. Alarma de temperatura del líquido de diálisis
9.9.- Detector de fugas sanguíneas.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.

Folio 2226



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

	<p>CAPÍTULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.          SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información          Hoja 10-22,          ALARMA          0110 FUGA DE SANGRE DETECTADA.</p> <p>CATÁLOGO DIAMAX.          Hoja 4.          ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:          Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales.          Detector de fuga de Sangre.</p>
9.10.- Detector de aire.	<p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</p> <p>CAPÍTULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.          SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información          Hoja 10-21,          ALARMA          0100 BURBUJA DETECTADA EN LA LINEA.</p> <p>CATÁLOGO DIAMAX.          Hoja 4.          ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:          Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales.          Detector de burbuja de aire</p>
9.11.- Faltas en el suministro de agua.	<p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</p> <p>CAPÍTULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.          SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información          Hoja 10-32          ALARMA          0840-0842 FALLA EN PRUEBA DE PRESION DE ENTRADA DE AGUA PG1 Y PG3.</p> <p>CATÁLOGO DIAMAX.          Hoja 4.          ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:          Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales.          Alarma de suministro de agua y suministro eléctrico.</p>
9.12.- Faltas en el suministro de energía eléctrica.	<p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.</p> <p>CAPÍTULO 10, Activación de Alarmas y su método de Reseteo.          SUBINDICE 10.5 Números para alarmas e información.          Hoja 10-7,          ALARMAS          0002 FALLA DE ALIMENTACION ELÉCTRICA.          0003 FALLA EN LA UNIDAD ELÉCTRICA.</p> <p>CATÁLOGO DIAMAX.          Hoja 4.          ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:</p>

Folio 2227



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

		Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. Alarma de suministro de agua y suministro eléctrico.
9.13.- Presión arterial no invasiva.		MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 17. Monitor de Presión Sanguínea No Invasiva (Opción) SUBINDICE 17.5 ALARMAS. Hoja 9 TABLA. ALARMAS No.0300 LIMITE SUPERIOR SISTOLICO No.0301 LIMITE INFERIOR SISTOLICO No.0302 LIMITE SUPERIOR DIASTOLICO No.0303 LIMITE INFERIOR DIASTOLICO.  CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Sistemas de seguridad con alarmas audibles y visuales. Alarmas del monitor de presión sanguínea no invasiva (BPM).
10.- Con sistema automático para desinfección química.		MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7. Especificaciones. SUBINDICE 7.11. Lavados y desinfecciones Hoja 7-11  CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 3. MODOS DE LAVADO.
11.- Con sistema automático para remoción de sales y/o con sistema automático de desinfección térmica.		MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7. Especificaciones. SUBINDICE 7.11. Lavados y desinfecciones  Hoja 7-11  CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 3. MODOS DE LAVADO.
12.- Gabinete con las siguientes características: superficies de material lavable, con base rodable, con sistema de frenos.		MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 8. Configuración de la Máquina. SUBINDICE 8.2. Nombres y funciones de los componentes de la máquina, Hoja 8-2 TABLA Numeral 2 Numeral 3
13.- Capacidad para guardar la información del tratamiento en caso de falta de energía eléctrica.		MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7. Especificaciones SUBINDICE 7.1 Funciones principales de la máquina, Hoja 7-2
14.- Con capacidad para realizar el retorno sanguíneo en forma manual en caso de falta eléctrica.		MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 7. Especificaciones. SUBINDICE 7.1 Funciones principales de la máquina Hoja 7-2  CATÁLOGO DIAMAX. Hoja 4.

Folio 2228



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Funciones. Batería de respaldo (autonomía de más de 30 minutos a un QB = 300ml / min y QH = 5.0ml / hr).
15.- ACCESORIOS Las unidades médicas las seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.	
16.- CONSUMIBLES 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).	CATÁLOGO AQUACID AQUAMEDICA HOJA 1 CATÁLOGO QUABIC AQUAMEDICA HOJA 1
18.- Líneas arterial y venosa con protector de transductor de presión, desechable y adaptable o integrado a las líneas arterial y venosa (neonatal, pediátrica, adulta).	JUEGO DE LÍNEAS ARTERIAL Y VENOSO, DESECHABLE, ESTÉRIL Referencia: Catálogo Blood Tubing Set, página 1  CON CONECTORES, CON PROTECTORES DE TRANSDUCTOR DE PRESIÓN Referencia: Catálogo Blood Tubing Set, página 1  COMPATIBLE CON LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS DE LA MARCA CORRESPONDIENTE. Referencia: Catálogo Blood Tubing Set, página 2  CON DIFERENTES VOLÚMENES DE CEBADO Referencia: Catálogo Blood Tubing Set, página 2  MODELOS: A003 (M1) - V612 (M1) Adulto A009 (M2) / V603 (M2) Pediátrica Referencia: Catálogo Blood Tubing Set, página 2  MARCA: Nipro Referencia: Catálogo Blood Tubing Set, página 1  REGISTRO SANITARIO: 0373C2013 SSA  FABRICANTES: Nipro (Thailand) Corporation Limited, PT. Nipro Indonesia Jaya y Nipro JMI Company Limited
19.- Aguja para punción de fístula arterio-venosa.	AGUJA ARTERIAL PARA PUNCIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA Referencia: Catálogo Aguja Nipro para Fístula Arterio/venosa, página 1  TUBO ELASTÓMERO DE 15 ó 30 CM Referencia: Catálogo Aguja Nipro para Fístula Arterio/venosa, página 1 y 2  CALIBRE 15G, 16G Y 17G Referencia: Catálogo Aguja Nipro para Fístula Arterio/venosa, página 1  ORIFICIO POSTERIOR AL BISEL

Folio 2229



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

	<p>Referencia: Catálogo Aguja Nipro para Fístula Arterio/venosa, página 2</p> <p>MODELOS:          ADULTO 15G Y 14G          PEDIATRICO 16 Y 17G          Referencia: Catálogo Aguja Nipro para Fístula Arterio/venosa, página 2</p> <p>MARCA: NIPRO          Referencia: Catálogo Aguja Nipro para Fístula Arterio/venosa, página 1</p> <p>REGISTRO SANITARIO:0614C2008 SSA</p> <p>FABRICANTES:          Nipro (Thailand) Corporation Ltd.          PT. NIPRO Indonesia Jaya</p>
<p>20.- Filtros para hemodiálisis o hemodializadores a partir de 0.2 m2 de cualquier material sintético.</p>	<p>FBTM-U Dializador de Fibra Hueca de Triacetato, Nipro</p> <p>FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIÉTERSULFONA (celulosa modificada)          Referencia: Catálogos FBTM-U, páginas 1 y 2</p> <p>ÁREAS EFECTIVAS DE 0.5m2 A 2.1m2          Referencia: Catálogos FBTM-U, página 2</p> <p>MODELOS:          FB-05U, 07U, 09U, 11U, 13U, 15U, 17U, 19U, 21U,          50U, 70U, 90U, 110U, 130U, 150U, 170U, 190U, 210U          Referencia: Catálogos FBTM-U, páginas 1 y 2</p> <p>MARCA:Nipro          Referencia: Catálogos FBTM-U, página 1</p> <p>REGISTRO SANITARIO: 0778C2013 SSA</p> <p>FABRICANTE: Nipro Corporation Ocate Factory          Dializador Sintético de Fibra Hueca Nipro          ELISIO™</p> <p>FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIÉTERSULFONA (membrana sintética)          Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR,          páginas 1 y 2</p> <p>ÁREAS EFECTIVAS DE 1.1m2 A 2.1m2          Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR,          página 2</p> <p>MODELOS:          ELISIO (11H, 13H, 15H, 17H, 19H, 21H, 11CH, 13CH,          15CH, 17CH, 19CH, 21CH, 11CHR, 13CHR, 15CHR,          17CHR, 19CHR y 21CHR)          Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR,          páginas 1 y 2</p> <p>MARCA: Nipro          Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR,          página 1</p>

Folio 2230



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

	<p>REGISTRO SANITARIO: 1378C2008 SSA</p> <p>FABRICANTE: Nipro Corporation Odate Factory</p> <p>Dializador de fibra hueca sintética Nipro ELISIO          FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE          POLIÉTERSULFONA (membrana sintética)</p> <p>Referencia: Catálogo ELISIO páginas 1 y 2</p> <p>ÁREAS EFECTIVAS DE 1.1m2 A 2.1m2          Referencia: Catálogo ELISIO página 2</p> <p>MODELOS:          ELISIO™- (11H, 13H, 15H, 17H, 19H, 21H)          Referencia: Catálogo ELISIO</p> <p>MARCA: Nipro          Referencia: Catálogo ELISIO página 1          REGISTRO SANITARIO: 2359C2018 SSA</p> <p>FABRICANTE: Nipro India Corporation Pvt. Ltd.</p>
21.- Líquido desinfectante y desincrustante según sea el caso.	<p>Cat. Aquamedica.          Marca Aquacid. Pag 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>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	
23.- Monitor de Kt/V.	<p>MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX.          CAPÍTULO 14, Funcionamiento de la Máquina con Paciente.          SUBINDICE 14.8. Programación Automática del Kt/V          Hoja 14-27</p>
24.- Computadora con software de hemodiálisis para obtención y administración de datos.	<p>No aplica.          Conforme a lo solicitado en Anexo ANEXO NÚMERO TI 2 (TI DOS) REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR POR EL SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS DEL PROVEEDOR, PARA EL REGISTRO DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA          ANEXO NÚMERO TI 5 (TI CINCO) DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE</p>
24.- Impresora.	<p>No aplica.          Conforme a lo solicitado en Anexo ANEXO NÚMERO TI 2 (TI DOS) REQUERIMIENTOS DEL REPORTE A GENERAR POR EL SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS DEL PROVEEDOR, PARA EL REGISTRO DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA          ANEXO NÚMERO TI 5 (TI CINCO) DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE.</p>
25.- Sistema de preparación en línea del bicarbonato.	<p>PARA CONDUCTIVIDAD DE ACUERDO A LA MARCA DE LA MÁQUINA; PARA ÁCIDO ESPECÍFICO, PRESENTACIÓN EN PAQUETE O BOLSA QUE SE ADECUÉ A LA MÁQUINA PROPUESTA.</p>

Folio 2231



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BÉNITO JUÁREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

	26.- Monitor de niveles de hematocrito.	CAT. QUABIC. No aplica. MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 14, Funcionamiento de la Máquina con Paciente. SUBINDICE 14.8. Programación Automática del KT/V Hoja 14-27
	27.- Monitoreo en tiempo real de aclaramiento de la urea.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 14, Funcionamiento de la Máquina con Paciente. SUBINDICE 14.8. Programación Automática del KT/V Hoja 14-27
	28.- Las unidades médicas las seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.	Según marca y modelo. Las unidades médicas las seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. Según marca y modelo. MARCA: NIFRO  MODELO: DIAMAX
	28.1 REFACCIONES:	
	Según marca y modelo. Las unidades médicas las seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.	Según marca y modelo. Las unidades médicas las seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. Según marca y modelo. MARCA: NIFRO  MODELO: DIAMAX
	29.-INSTALACION Corriente eléctrica de 120V ±10% a 220V ±10% / 60 Hz, tierra física.	MANUAL DE OPERACIÓN DIAMAX. CAPITULO 6, Instalación. SUBINDICE 6.1 Suministro de Energía. Hoja 6-1
	30.- OPERACIÓN Por personal especializado de acuerdo a la NOM- 003- SSA3-2010 y manual de operación.	Por personal especializado de acuerdo a la NOM-003-SSA3-2010 y manual de operación.
	31.- MANTENIMIENTO Preventivo y correctivo por personal calificado y certificado por personal autorizado por el fabricante.	
No	Descripción	Propuesta del proveedor
1	FILTRO PARA HEMODIALISIS, O DIALIZADORES DE MEMBRANA SINTÉTICA Y/O CELULOSA MODIFICADA DE 0.4 M2 HASTA 2.0 M2.	FILTRO PARA HEMODIALISIS, O DIALIZADORES DE MEMBRANA SINTÉTICA Y/O CELULOSA MODIFICADA DE 0.4 M2 HASTA 2.0 M2.  CAT. POLYFLUX. PAG. 1 Y 2. CAT. REVACLEAR. PAG. 1 Y 2 CAT. IHERANOVA- PAG. 1, 3 Y 4  DIALIZADORES POLYFLUX DIALIZADORES REVACLEAR ESTOS DIALIZADORES DE FIBRAS HUECAS HAN SIDO VALIDADOS POR GAMBRO PARA SU USO CON EL EQUIPO DE DIÁLISIS AK 98.

Folio 2232



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

	<p>B1M-U DIALIZADOR DE FIBRA HUECA DE TRIACETATO, NIPRO          FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (CELULOSA MODIFICADA)          REFERENCIA: CATALOGOS FBTM-U, PÁGINAS 1 Y 2          ÁREAS EFECTIVAS DE 0.5M2 A 2.1M2          REFERENCIA: CATALOGOS FBTM-U, PÁGINA 2          MODELOS: FB-05U, 07U, 09U, 11U, 13U, 15U, 17U, 19U, 21U, 50U, 70U, 90U, 110U, 130U, 150U, 170U, 190U, 210U          REFERENCIA: CATALOGOS FBTM-U, PÁGINAS 1 Y 2          MARCA: NIPRO          REFERENCIA: CATALOGOS FBTM-U, PÁGINA 1          REGISTRO SANITARIO: 0778C2013 SSA          FABRICANTE: NIPRO CORPORATION ODATE FACTORY          DIALIZADOR SINTÉTICO DE FIBRA HUECA NIPRO ELISIO™          FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (MEMBRANA SINTÉTICA)          REFERENCIA: CATALOGOS ELISIO-H Y ELISIO-HR, PÁGINAS 1 Y 2          ÁREAS EFECTIVAS DE 1.1M2 A 2.1M2          REFERENCIA: CATALOGOS ELISIO-H Y ELISIO-HR, PÁGINA 2          MODELOS:          ELISIO (11H, 13H, 15H, 17H, 19H, 21H, 11GH, 13GH, 15GH, 17GH, 19GH, 21GH, 110HR, 130HR, 150HR, 170HR, 190HR Y 210HR)          REFERENCIA: CATALOGOS ELISIO-H Y ELISIO-HR, PÁGINAS 1 Y 2          MARCA: NIPRO          REFERENCIA: CATALOGOS ELISIO-H Y ELISIO-HR, PÁGINA 1          REGISTRO SANITARIO: 1378C2008 SSA          FABRICANTE: NIPRO CORPORATION ODATE FACTORY          DIALIZADOR DE FIBRA HUECA SINTÉTICA NIPRO ELISIO          FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (MEMBRANA SINTÉTICA)          REFERENCIA: CATALOGO ELISIO PÁGINAS 1 Y 2          ÁREAS EFECTIVAS DE 1.1M2 A 2.1M2          REFERENCIA: CATALOGO ELISIO PÁGINA 2          MODELOS:          ELISIO™- (11H, 13H, 15H, 17H, 19H, 21H)          REFERENCIA: CATALOGO ELISIO          MARCA: NIPRO          REFERENCIA: CATALOGO ELISIO PÁGINA 1          REGISTRO SANITARIO: 2359C2018 SSA          FABRICANTE: NIPRO INDIA CORPORATION PVT. LTD.</p>
<p>2</p> <p>JUEGO DE LINEAS ARTERIAL Y VENOSA, DESECHABLE, ESTÉRIL, CON CONECTORES, CON O SIN PROTECTORES DE TRANSDUCTOR DE PRESIÓN, COMPATIBLE CON LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS DE LA MARCA CORRESPONDIENTE, CON DIFERENTES</p>	<p>JUEGO DE LINEAS ARTERIAL Y VENOSA, DESECHABLE, ESTÉRIL, CON CONECTORES, CON O SIN PROTECTORES DE TRANSDUCTOR DE PRESIÓN, COMPATIBLE CON LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS DE LA MARCA CORRESPONDIENTE.</p>

Folio 2233



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

<p>VOLUMENES DE CEBADO PARA ADULTO Y PEDIÁTRICO.</p>	<p>CON DIFERENTES VOLUMENES DE CEBADO PARA ADULTO Y PEDIÁTRICO.</p> <p>CAT. NOVALINE BAXTER. - PAG 1 Y 2          FICHA TÉCNICA LINEAS NOVALINE NOVALINE:          JUEGO DE LINEAS PARA HEMODIÁLISIS PARA MÁQUINA AK98. CÓDIGO: 955419</p> <p>JUEGO DE LINEAS ARTERIAL Y VENOSO, DESECHABLE ESTÉRIL          REFERENCIA: CATÁLOGO BLOOD TUBING SET, PÁGINA 1</p> <p>CON CONECTORES, CON PROTECTORES DE TRANSDUCTOR DE PRESIÓN          REFERENCIA: CATÁLOGO BLOOD TUBING SET, PÁGINA 1</p> <p>COMPATIBLE CON LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS DE LA MARCA CORRESPONDIENTE.          REFERENCIA: CATÁLOGO BLOOD TUBING SET, PÁGINA 2</p> <p>CON DIFERENTES VOLUMENES DE CEBADO          REFERENCIA: CATÁLOGO BLOOD TUBING SET, PÁGINA 2</p> <p>MODELOS: A003(M1)-V612 (M1) ADULTO          A009 (M2)/ V603 (M2) PEDIÁTRICO          REFERENCIA: CATÁLOGO BLOOD TUBING SET, PÁGINA 2</p> <p>MARCA: NIPRO          REFERENCIA: CATÁLOGO BLOOD TUBING SET, PÁGINA 1          REGISTRO SANITARIO: 0373C2013 SSA          FABRICANTES:          NIPRO (THAILAND) CORPORATION LIMITED,          PT. NIPRO INDONESIA JAYA Y          NIPRO JMI COMPANY LIMITED</p>
<p>ACIDO EN SOLUCIÓN LÍQUIDOS CONCENTRADOS PARA HEMODIÁLISIS DE ACUERDO A MARCA Y MODELO DE LA MÁQUINA CON VARIABILIDAD EN CONCENTRACIÓN DE POTASIO DE 0 O 2.0 Y CALCIO DE 2.5 O 3.5 MEQ/L.</p>	<p>ACIDO EN SOLUCIÓN LÍQUIDOS CONCENTRADOS PARA HEMODIÁLISIS DE ACUERDO A MARCA Y MODELO DE LA MÁQUINA CON VARIABILIDAD EN CONCENTRACIÓN DE POTASIO DE 0 O 2.0 Y CALCIO DE 2.5 O 3.5 MEQ/L.</p> <p>FICHA TÉCNICA ÁCIDO EN SOLUCIÓN (AQUACID) AQUACID®-200, 0,0 K (SIN POTASIO): SOLUCIÓN A BASE DE ÁCIDO ACÉTICO, QUE CONTIENE DIFERENTES ELECTROLITOS Y SUSTANCIAS DILUIDAS, QUE FORMAN UNA SOLUCIÓN DIALIZANTE CON SISTEMA PROPORCIONADOR 45X. CÓDIGO AC24014A (MARCA AGUA MEDICA) AQUACID®-100, 2,0 K (CON POTASIO): SOLUCIÓN A BASE DE ÁCIDO ACÉTICO, QUE CONTIENE DIFERENTES ELECTROLITOS Y SUSTANCIAS DILUIDAS, QUE FORMA UNA SOLUCIÓN DIALIZANTE CON SISTEMA PROPORCIONADOR 45X. CÓDIGO: AC24064A</p> <p>MARCA: AGUA MEDICA</p> <p>CAT. AQUACID.- PAG. 1 Y 2</p>

Folio 2234



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

	<p>ACIDO EN SOLUCIÓN LÍQUIDOS          CONCENTRADOS PARA HEMODIÁLISIS DE          ACUERDO A MARCA Y MODELO DE LA MÁQUINA          CON VARIABILIDAD EN CONCENTRACIÓN DE          POTASIO DE 0 O 2.0 Y CALCIO DE 2.5 O 3.5          MEQ/L. CAT. HD DIAMAX PAG 1 Y 2;          CAT. AQUAMEDICA, 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 ÁCIDO ESPECÍFICO,          PRESENTACIÓN EN PAQUETE O BOLSA QUE SE          ADECUA 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 ÁCIDO ESPECÍFICO,          PRESENTACIÓN EN PAQUETE O BOLSA QUE SE          ADECUA A LA MÁQUINA PROPUESTA.</p> <p>CAT. BICART. PAG. 1 Y 2</p> <p>FICHA TÉCNICA DE BICART CADA CARTUCHO          BICART® CONTIENE 720 G POLVO (CALIDAD          FARMACÓPEA DE ESTADOS UNIDOS Y          FARMACÓPEA EUROPEA). CADA CARTUCHO          BICART®, JUNTO A UN CONCENTRADO ÁCIDO          ADECUADO, APORTA SUFICIENTE SOLUCIÓN DE          BICARBONATO SÓDICO COMO PARA PRODUCIR          200 L DE LÍQUIDO DE DIÁLISIS CON UNA          CONCENTRACIÓN DE BICARBONATO DE 34          MMOL/L.</p> <p>FLUJO DE LÍQUIDO DE DIÁLISIS 500 ML/MIN 4 H 45          MIN. 700 ML/MIN 4 H 50 MIN. ALMACENAR POR          DEBAJO DE +40°C CONSULTE LA ETIQUETA Y LA          CAJA DEL PRODUCTO</p> <p>BICARBONATO DE SODIO EN POLVO O          SOLUCIÓN. PARA USO NO PARENTERAL; PARA          CONDUCTIVIDAD DE ACUERDO A LA MARCA DE          LA MÁQUINA; PARA ÁCIDO ESPECÍFICO,          PRESENTACIÓN EN PAQUETE O BOLSA QUE SE          ADECUA A LA MÁQUINA PROPUESTA.</p> <p>CAT. QUABIC.</p>
5	<p>CÁNULA PARA PUNCIÓN DE FÍSTULA          ARTERIOVENOSA INTERNA: CONSTA DE TUBO          DE ELASTÓMERO DE SILICÓN DE 15 O 30 CM. DE          LONGITUD, CON OBTURADOR Y ADAPTADOR          LUER LOCK, MARIPOSA Y AGUJA CALIBRE 15 O          16 ADULTO Y 16 O 17 G. PEDIÁTRICO. Y CON          ORIFICIO POSTERIOR AL BISEL; UN LUMEN.</p> <p>CÁNULA PARA PUNCIÓN DE FÍSTULA          ARTERIOVENOSA INTERNA: CONSTA DE TUBO DE          ELASTÓMERO DE SILICÓN DE 15 O 30 CM. DE          LONGITUD, CON OBTURADOR Y ADAPTADOR          LUER LOCK, MARIPOSA Y AGUJA CALIBRE 15 O 16          ADULTO Y 16 O 17 G. PEDIÁTRICO. Y CON          ORIFICIO POSTERIOR AL BISEL; UN LUMEN.</p> <p>CAT. HD AGUJAS.- PAG. Y 2          FÍSTULA NEEDLE CAMBRO: 15G (1.8MM), 16G          (1.6MM), 17G (1.5MM) Y LONGITUD DE 25MM          CON OJO POSTERIOR Y EJE GIRATORIO. TUBO DE          30 CM. CÓDIGO (15G) 100767/ (16G) 101240/          (17G) 100959</p> <p>AGUJA ARTERIAL PARA PUNCIÓN DE FÍSTULA          ARTERIOVENOSA          REFERENCIA: CATÁLOGO AGUJA NIPRO PARA          FÍSTULA ARTERIO/VENOSA, PÁGINA 1          TUBO ELASTÓMERO DE 15 Ó 30 CM</p>

Folio 2235



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

	<p>REFERENCIA: CATÁLOGO AGUJA NIPRO PARA FÍSTULA ARTERIO/VENOSA, PÁGINA 1 Y 2          CAIBRE 15G, 16G Y 17G          REFERENCIA: CATÁLOGO AGUJA NIPRO PARA FÍSTULA ARTERIO/VENOSA, PÁGINA 1          ORIFICIO POSTERIOR AL BISEL          REFERENCIA: CATÁLOGO AGUJA NIPRO PARA FÍSTULA ARTERIO/VENOSA, PÁGINA 2          MODELOS:          ADULTO 15G Y 16G          PEDIATRICO 16 Y 17G          REFERENCIA: CATÁLOGO AGUJA NIPRO PARA FÍSTULA ARTERIO/VENOSA, PÁGINA 2          MARCA: NIPRO          REFERENCIA: CATÁLOGO AGUJA NIPRO PARA FÍSTULA ARTERIO/VENOSA, PÁGINA 1          REGISTRO SANITARIO:0614C2008 SSA          FABRICANTES:          NIPRO (THAILAND) CORPORATION LTD.          PT. NIPRO INDONESIA JAYA</p>
<p>MATERIAL ESTÉRIL NECESARIO PARA CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN PARA CATÉTER O FÍSTULA, SEGÚN CORRESPONDA, CONTENIENDO AL MENOS:          MATERIAL ESTÉRIL PARA CONEXIÓN DE CATÉTER:          2 PARES DE GUANTES          2 JERINGAS DESECHABLES          8 GASAS          1 CAMPO DE TELA ABSORBENTE MATERIAL ESTÉRIL PARA DESCONEXIÓN DE CATÉTER:          1 PAR DE GUANTES          6 GASAS          2 TAPONES DE LUER LOCK PARA CATÉTER.          1 APOSITO ESPECIAL PARA CATÉTER MATERIAL ESTÉRIL PARA CONEXIÓN DE FÍSTULA:          1 PAR DE GUANTES          5 GASAS          2 CAMPOS DE TELA ABSORBENTE MATERIAL ESTÉRIL PARA DESCONEXIÓN DE FÍSTULA:          1 PAR DE GUANTES          6 GASAS          2 APOSITOS CIRCULARES</p>	<p>MATERIAL ESTÉRIL NECESARIO PARACONEXIÓN Y DESCONEXIÓN PARA CATÉTER O FÍSTULA, SEGÚN CORRESPONDA, CONTENIENDO AL MENOS:            KIT DE CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN. CAT. EQ. MARCA KIT CC- CD PAG. 1,2,3 Y 4; KIT DE CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN. GIFYT. MARCA KCC. PAG. 1.            MATERIAL ESTÉRIL PARA CONEXIÓN DE CATÉTER:          2 PARES DE GUANTES, 2 JERINGAS DESECHABLES          8 GASAS 1 CAMPO DE TELA ABSORBENTE            MATERIAL ESTÉRIL PARA DESCONEXIÓN DE CATÉTER:            1 PAR DE GUANTES          6 GASAS          2 TAPONES DE LUER LOCK PARA CATÉTER CON MATERIAL ANTISÉPTICO.          1 APOSITO ESPECIAL PARA CATÉTER            MATERIAL ESTÉRIL PARA CONEXIÓN DE FÍSTULA: 1 PAR DE GUANTES          5 GASAS          2 CAMPOS DE TELA ABSORBENTE MATERIAL ESTÉRIL PARA DESCONEXIÓN DE FÍSTULA:</p>

Folio 2236



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
		1 PAR DE GUANTES 6 CASAS 2 APOSITOS CIRCULARES
1	DESCRIPCIÓN (SE DESCRIBEN PARA PRESENTACIÓN DE OFERTA TÉCNICA)	
2	060.345.0149 PARA HEMODIÁLISIS, PEDIÁTRICO. INSERCIÓN EN SUBCLAVIA, YUGULAR O FEMORAL, DOBLE LUMEN. CONTIENE: UNA CÁNULA, UNA JERINGA DE 5 ML, UNA GUÍA DE ACERO INOXIDABLE. UN CATÉTER DOBLE LUMEN CALIBRE DE 8 A 10 FR. LONGITUD 130 A 150 MM, CON OBTURADOR, UN DILATADOR Y EXTENSIONES CURVAS. TIPO: MAHURKAR. ESTÉRIL Y DESECHABLE	060.345.0149 PARA HEMODIÁLISIS, PEDIÁTRICO.  INSERCIÓN EN SUBCLAVIA, YUGULAR O FEMORAL, DOBLE LUMEN. CONTIENE: UNA CÁNULA, UNA JERINGA DE 5 ML, UNA GUÍA DE ACERO INOXIDABLE.  UN CATÉTER DOBLE LUMEN CALIBRE DE 8 A 10 FR. LONGITUD 130 A 150 MM, CON OBTURADOR, UN DILATADOR Y EXTENSIONES CURVAS.  TIPO: MAHURKAR ESTÉRIL Y DESECHABLE CAT.TEMPORAL NIPRO JERINGA DENTILAB 5ML
3	060.345.2301 PARA HEMODIÁLISIS. ADULTO. DE INSERCIÓN EN SUBCLAVIA, YUGULAR O FEMORAL DOBLE LUMEN. INCLUYE: UNA CÁNULA, UNA JERINGA DE 5 ML, UNA GUÍA DE ACERO INOXIDABLE. UN CATÉTER DOBLE LUMEN CALIBRE DE 11 A 12 FR. LONGITUD DE 185 A 205 MM CON OBTURADOR Y UN DILATADOR CON EXTENSIONES CURVAS. TIPO: MAHURKAR. ESTÉRIL Y DESECHABLE	060.345.2301 PARA HEMODIÁLISIS. ADULTO.  DE INSERCIÓN EN SUBCLAVIA, YUGULAR O FEMORAL DOBLE LUMEN. INCLUYE: UNA CÁNULA, UNA JERINGA DE 5 ML, UNA GUÍA DE ACERO INOXIDABLE.  UN CATÉTER DOBLE LUMEN CALIBRE DE 11 A 12 FR. LONGITUD DE 185 A 205 MM CON OBTURADOR Y UN DILATADOR CON EXTENSIONES CURVAS.  TIPO: MAHURKAR.  ESTÉRIL Y DESECHABLE CAT. TEMPORAL NIPRO / MEDCOM 2 PAGI JERINGA DENTILAB 5 ML
4	060.166.0533 CATÉTER PERMANENTE, PARA HEMODIÁLISIS. TAMAÑO ADULTO. DE DOBLE LUMEN, DE ELASTÓMERO DE SILICÓN, CON DIÁMETROS INTERNOS DE 1.80 MM A 2.0 MM EN EL LADO ARTERIAL Y DE 2.0 MM A 3.20 MM EN EL LADO VENOSO, CON LONGITUD DE 31.5 A 37.0 CM, CON SEPARACIÓN MÍNIMA DE 2.5 CM ENTRE SEGMENTO ARTERIAL Y VENOSO, CON UN ORIFICIO LATERAL COMO MÍNIMO EN LA PARED ARTERIAL, CON EXTENSIONES Y PINZAS	060.166.0533 CATÉTER PERMANENTE, PARA HEMODIÁLISIS.  TAMAÑO ADULTO, DE DOBLE LUMEN, DE ELASTÓMERO DE SILICÓN, CON DIÁMETROS INTERNOS DE 1.80 MM A 2.0 MM EN EL LADO ARTERIAL Y DE  2.0 MM A 3.20 MM EN EL LADO VENOSO, CON LONGITUD DE 31.5 A 37.0 CM, CON SEPARACIÓN MÍNIMA DE 2.5 CM ENTRE

Folio 2237



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

<p>DE ALTA RESISTENCIA, INCLUYE EQUIPO INTRODUCIDOR EL CUAL CONTIENE:          CATÉTER DE DOBLE LUMEN.          AGUJA INTRODUCIDORA CALIBRE 18 G.          INTRODUCIDOR CON CAMISA DESPRENDIBLE.          GUÍA DE ALAMBRE DE 0.038", CON LONGITUD DE 68.0 CM COMO MÍNIMO. JERINGA DE 5 ML Y 2 TAPONES DE INYECCIÓN.          ESTÉRIL Y DESECHABLE          PIEZA</p>	<p>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:           CATÉTER DE DOBLE LUMEN.           AGUJA INTRODUCIDORA CALIBRE 18 G.          INTRODUCIDOR CON CAMISA DESPRENDIBLE.           GUÍA DE ALAMBRE DE 0.038", CON LONGITUD DE 68.0 CM COMO MÍNIMO. JERINGA DE 5 ML Y 2 TAPONES DE INYECCIÓN.           ESTÉRIL Y DESECHABLE           PIEZA           CAT. CATETER TEMPORAL NIPRO/MEDCOM           PAG: 2           CAT JERINGA           JERINGA DENTILAB 5 MIL</p>
<p>060.166.0541 CATÉTER PERMANENTE, PARA HEMODIÁLISIS, TAMAÑO PEDIÁTRICO, DE DOBLE LUMEN, DE ELASTÓMERO DE SILICÓN, CON DIÁMETRO INTERNO DE 1.5 MM A 2.0 MM EN EL LADO ARTERIAL Y DE 1.5 MM A 1.2 MM EN EL LADO VENOSO, CON LONGITUD DE 27.0 CM A 30.0 CM CON SEPARACIÓN MÍNIMA DE 2.5 CM ENTRE SEGMENTO ARTERIAL Y VENOSO, CON UN ORIFICIO LATERAL COMO MÍNIMO EN LA PARED ARTERIAL, CON EXTENSIONES Y PINZAS DE ALTA RESISTENCIA, INCLUYE EQUIPO INTRODUCIDOR EL CUAL CONTIENE:          CATÉTER DE DOBLE LUMEN.          AGUJA INTRODUCIDORA CALIBRE 18 G.          INTRODUCIDOR CON CAMISA DESPRENDIBLE.          GUÍA DE ALAMBRE DE 0.038", CON LONGITUD DE 68.0 CM COMO MÍNIMO. JERINGA DE 5 ML Y 2 TAPONES DE INYECCIÓN.          ESTÉRIL Y DESECHABLE.</p>	<p>060.166.0541          CATÉTER PERMANENTE, PARA HEMODIÁLISIS, TAMAÑO PEDIÁTRICO, DE DOBLE LUMEN, DE ELASTÓMERO DE SILICÓN, CON DIÁMETRO INTERNO DE 1.5 MM A 2.0 MM EN EL LADO ARTERIAL Y DE 1.5 MM A 1.2 MM EN EL LADO VENOSO, CON LONGITUD DE 27.0 CM A 30.0 CM CON SEPARACIÓN MÍNIMA DE 2.5 CM ENTRE SEGMENTO ARTERIAL Y VENOSO, CON UN ORIFICIO LATERAL COMO MÍNIMO EN LA PARED ARTERIAL, CON EXTENSIONES Y PINZAS DE ALTA RESISTENCIA, INCLUYE EQUIPO INTRODUCIDOR EL CUAL CONTIENE:           CATÉTER DE DOBLE LUMEN.           AGUJA INTRODUCIDORA CALIBRE 18 G.          INTRODUCIDOR CON CAMISA DESPRENDIBLE.          GUÍA DE ALAMBRE DE 0.038", CON LONGITUD DE 68.0 CM COMO MÍNIMO. JERINGA DE 5 ML Y 2 TAPONES DE INYECCIÓN.           ESTÉRIL Y DESECHABLE.</p>

Folio 2238



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 744659721

		CAT. CATETER NIPRO / MEDCOM PAG. 2 CAT JERINGA. JERINGA DENTILAB 5 MIL
6	INJERTOS, TUBULAR Y ANILLADO PARA HEMODIALISIS, DE POLIURETANO, O O PTFE, ESTÉRIL Y DESECHABLE. LONGITUD 40 A 60 CM., X 5, MM., DE DIÁMETRO.	INJERTOS, TUBULAR Y ANILLADO PARA HEMODIALISIS, DE POLIURETANO, O O PTFE, ESTÉRIL Y DESECHABLE. LONGITUD 40 A 60 CM., X 5, MM., DE DIÁMETRO. CAT. GORE. PAG. 1 Y 2
7	INJERTOS, TUBULAR Y ANILLADO PARA HEMODIALISIS, DE POLIURETANO, O PTFE ESTÉRIL Y DESECHABLE. LONGITUD 40 A 60 CM., X 6 MM., DE DIÁMETRO.	INJERTOS, TUBULAR Y ANILLADO PARA HEMODIALISIS, DE POLIURETANO, O PTFE ESTÉRIL Y DESECHABLE. LONGITUD 40 A 60 CM., X 6 MM., DE DIÁMETRO. CAT. GORE. PAG. 1 Y 2
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. CAT. GORE. PAG. 1 Y 2
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. CATÁLOGO NIPPRO CATÁLOGO BBRAUN CATÁLOGO SILLON PARA HEMODIALISIS. HOJA 1
2	SEGUROS PARA EL PACIENTE Y PERSONAL DE ENFERMERÍA	CATÁLOGO SILLON PARA HEMODIALISIS. HOJA 1 CATÁLOGO NIPPRO CATÁLOGO BBRAUN
3	VIDA MEDIA PROMEDIO DE USO DE UN AÑO	VIDA PROMEDIO DE USO DE UN AÑO CATÁLOGO NIPRO CATALOGO BBRAUN
4	DE FÁCIL LIMPIEZA	CATÁLOGO SILLON PARA HEMODIALISIS. HOJA 1 CATÁLOGO NIPPRO CATÁLOGO BBRAUN
5	ERGONÓMICAMENTE DISEÑADO QUE PERMITA EL TRENDELEMBURG POR CADA MÁQUINA	CATÁLOGO SILLON PARA HEMODIALISIS. HOJA 1. CATÁLOGO NIPRO CATALOGO BBRAUN
6	CON SISTEMA DE FRENO CON ALETAS LATERALES EN AMBOS LADOS.	

Folio 2239



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



**UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
 SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES) apegarse al Compendio Nacional de Insumos para la salud CLAVE: S31 340.0227

NO SE OFERTA.

Anexo T 2 (T-dos)

C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO

No	Descripción	Propuesta del proveedor
1	Filtro para hemodiálisis, o dializadores de membrana sintética y/o celulosa modificada de 0.4 m <sup>2</sup> hasta 2.0 m <sup>2</sup> .	<p>FB<sup>TM</sup>-U Dializador de Fibra Hueca de Triacetato, Nipro</p> <p>FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (celulosa modificada)</p> <p>Referencia: Catálogos FB<sup>TM</sup>-U, Páginas 1 y 2.</p> <p>ÁREAS EFECTIVAS DE 0.5m<sup>2</sup> A 2.1m<sup>2</sup></p> <p>Referencia: Catálogos FB<sup>TM</sup>-U, página 2.</p> <p>MODELOS:            FB-(50U, 70U, 90U, 110U, 130U, 150U, 170U, 190U, 210U)</p> <p>Referencia: Catálogos FB<sup>TM</sup>-U, páginas 1 y 2.</p> <p>MARCA: Nipro</p>

**Folio 2240**



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADDO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		<p>Referencia: Catálogos FB<sup>TM</sup>-U, pagina 1.</p> <p>REGISTRO SANITARIO: 0778C2013 SSA</p> <p>Dializador Sintético de Fibra Hueca Nipro ELISIO<sup>TM</sup></p> <p>FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (membrana sintética)</p> <p>Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR, páginas 1 y 2.</p> <p>ÁREAS EFECTIVAS DE 1.1m<sup>2</sup> A 2.1m<sup>2</sup></p> <p>Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR, pagina 2.</p> <p>MODELOS:</p> <p>ELISIO (11H, 13H, 15H, 17H, 19H, 21H, 110H, 130H, 150H, 170H, 190H, 210H, 110HR, 130HR, 150HR, 170HR, 190HR y 210HR)</p> <p>Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR, páginas 1 y 2.</p> <p>MARCA: Nipro</p> <p>Referencia: Catálogos ELISIO-H y ELISIO-HR, pagina 1.</p> <p>REGISTRO SANITARIO: 1378C2008 SSA</p>

Folio 2241



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, CDL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		Dializador Sintético de Fibra Hueca Nipro SURELYZER™ PES-DL  FILTRO PARA HEMODIÁLISIS, O DIALIZADORES DE POLIETERSULFONA (membrana sintética)  Referencia: Catálogo PES páginas 1 y 2.  MARCA: Nipro  REGISTRO SANITARIO: 0742C2008 SSA
2	Juego de líneas arterial y venosa, desechable, estéril, con conectores, con o sin protectores de transductor de presión, compatible con la máquina de hemodiálisis de la marca correspondiente, con diferentes volúmenes de cebado para adulto y pediátrico.	Juego de líneas arterial y venosa desechable, estéril, con volumen de cebado a partir de 30 ml.  Catálogo Blood Tubing Set, Línea de Sangre. Pág. 2.  Transductor de presión desechable y adaptable a los cabos de líneas arterial y venosa, para pacientes adultos y pediátricos.  Catálogo Blood Tubing Set, Línea de Sangre. Pág. 1.  Marca: NIPRO  Modelo A009 (M2) /V603 (M2) (M3), Pediátrico. Modelo A003 (M1)/V612 (M1), Adulto.  Registro Sanitario 0373C2013 SSA  Líneas de un solo uso, estériles.  Marca: Nova Line  Marca Baxter  Registro Sanitario: 1962C2017 SSA

Folio 2242



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 744659721

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		Catálogo Líneas de Circulación extracorpórea libres de DEHP, líneas Bellco págs. 1 y 3
3	Acido en solución líquidos concentrados para hemodiálisis de acuerdo a marca y modelo de la máquina con variabilidad en concentración de Potasio de 0 a 2.0 y Calcio de 2.5 a 3.5 mEq/L.	Acido en solución líquidos concentrados para hemodiálisis de acuerdo a marca y modelo de la máquina con variabilidad en concentración de Potasio de 0 a 2.0 y Calcio de 2.5 a 3.5 mEq/L.  Catálogo Aquacid - AQUA MEDICA  Modelos: Aquacid-120 (2.0K) y Aquacid-220 (0K)  Registros Sanitarios: 01988C99 SSA y 01986C99 SSA
4	Bicarbonato de sodio en polvo o solución. Para uso no parenteral; para conductividad de acuerdo a la marca de la máquina; para ácido específico, presentación en paquete o bolsa que se adecue a la máquina propuesta.	Bicarbonato de sodio en polvo. Para uso no parenteral; para conductividad de acuerdo a la marca de la máquina; para ácido específico, presentación en bolsa que se adecue a la máquina propuesta.  Catálogo Quabic - AQUA MEDICA  Marca: Aquamédica  Modelo: Quabic-100 (500g)  Registro Sanitario: 2543C:2016 SSA
5	Cánula para punción de fistula arteriovenosa interna: consta de tubo de elastómero de silicona de 15 a 30 cm. de longitud, con obturador y adaptador luer lock, mariposa y aguja calibre 15 o 16 adulto y 16 o 17 g. pediátrico. y con orificio posterior al bisel: un lumen.	Cánula para fistula arteriovenosa, para diálisis con cánula de polipropileno y aguja de acero inoxidable conectada en configuración coaxial con válvula antirreflujo integrada, punta con orificios laterales y conectividad de jeringa con adaptador luer lock en el extremo proximal del montaje de cánula.

Folio 2243



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUÁREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		<p>Calibre: 15 o 16G Adulto y 16 o 17G pediátrico con longitudes de 30 mm y 38 mm</p> <p>Catálogo Cánula para punción de fistula, pág. 9 y 22. Marca: Allmed Medical GmbH. Registro sanitario: 2603C2016 SSA</p> <p>Catálogo Aguja AV Pág. 1 Y 2</p> <p>Marca Nipro. Aguja para fistula arteriovenosa Calibre 15G, 16G y 17G. Tubo de 15 y 30cm. Registro Sanitario No. 0614C2008 SSA</p>
6	<p>Material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter o fistula, 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</p> <p>Material estéril para desconexión de catéter:</p> <p>1 par de guantes</p> <p>6 gasas</p> <p>2 tapones de Luer Lock para catéter.</p> <p>1 apósito especial para catéter</p>	<p>Material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter o fistula, según corresponda, conteniendo:</p> <p>Kit para conexión de catéter estéril, contiene:</p> <p>4 guantes</p> <p>2 jeringas desechables</p> <p>10 gasas de 7.5 x 5 cm</p> <p>1 campo de tela absorbente de 30 x 40 cm</p> <p>Kit para desconexión de catéter estéril, contiene:</p> <p>2 guantes</p> <p>5 gasas de 7.5 x 5 cm.</p> <p>1 gasa de 10 x 10 cm.</p>

Folio 2244



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



**UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
 SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

No	Descripción	Propuesta del proveedor
	<p>Material estéril para conexión de fístula:</p> <p>1 par de guantes</p> <p>5 gasas</p> <p>2 campos de tela absorbente</p> <p>Material estéril para desconexión de fístula:</p> <p>1 par de guantes</p> <p>6 gasas</p> <p>2 apósitos circulares</p>	<p>2 tapones luer lock para catéter sin material antiséptico</p> <p>1 apósito especial para catéter 10 x 14 cm.</p> <p>Fabricado por Equipos Quirúrgicos, S.A. de C.V.</p> <p>Catálogo: Kit para la conexión y desconexión de catéter CC-CD, Presentación 5, Pág. 2.</p> <p>Registros Sanitarios: 053DC2011 SSA</p> <p>Material estéril para conexión de fístula:</p> <p>Kit para conexión de fístula estéril, contiene:</p> <p>2 guantes</p> <p>5 gasas de 7.5 x 5 cm.</p> <p>4 campos de tela absorbente de 35 x 40 cm.</p> <p>Kit para desconexión de fístula estéril, contiene:</p> <p>2 guantes</p> <p>6 gasas de 7.5 x 5 cm.</p> <p>2 apósitos circulares</p> <p>Fabricado por Equipos Quirúrgicos, S.A. de C.V.</p> <p>Catálogo: Kit para la conexión y desconexión de fístula FC-FD, Presentación 3, Pág. 2.</p>

**Folio 2245**



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

No	Descripción	Propuesta del proveedor
		Registros Sanitario: 0531C2011 SSA

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	<p>060.345.0149 Para hemodiálisis, pediátrico.</p> <p>Inserción en subclavia, yugular o femoral, doble lumen. Contiene: Una cánula, Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero inoxidable.</p> <p>Un catéter doble lumen calibre de 8 a 10 fr, longitud 130 a 150 mm, con obturador, un dilatador y extensiones curvas.</p> <p>Tipo: Mahurkar.</p> <p>Estéril y desechable</p>	<p>060.345.0149 Para hemodiálisis, pediátrico.</p> <p>Inserción en subclavia, yugular o femoral, doble lumen. Contiene: Una cánula, Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero inoxidable.</p> <p>Un catéter doble lumen calibre de 8 a 10 fr, longitud 150 mm, con obturador, un dilatador y extensiones curvas.</p> <p>Tipo: Mahurkar.</p> <p>Estéril y desechable</p> <p>Marca: KENDALL/COVIDIEN</p> <p>Modelos 8817146007 y 8832539007, Catálogo Mahurkar Covidien</p> <p>Portafolio de catéteres de cuidado agudo, pág. 6.</p> <p>Registro Sanitario 0422C2011 SSA</p> <p>Catálogo Catéter Medcomp Pág. 14.</p> <p>9 Fr x 15 cm. Modelo: XTP960S.</p> <p>Extensiones Curvas. Con obturador. Con dilatador</p>

Folio 2246



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
		Registro Sanitario: 1685C2019 SSA  JERINGA 5ml Marca DL Médica S.A de C.V. Catálogo: Jeringa 5 ml sin aguja Registro Sanitario: 01166C99 SSA  JERINGA 5ml Marca NIPRO. Catálogo: Jeringa 5 ml Registro Sanitario: 1602C2013 SSA
3	060.345.2301 Para hemodiálisis. Adulto.  De inserción en subclavia, yugular o femoral doble lumen, incluye: Una cánula, Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero inoxidable.  Un catéter doble lumen calibre de 11 a 12 fr, longitud de 185 a 205 mm con obturador y un dilatador con extensiones curvas.  Tipo: Mahurkar.  Estéril y desechable	060.345.2301 Para hemodiálisis. Adulto.  De inserción en subclavia, yugular o femoral doble lumen, incluye: Una cánula, Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero inoxidable.  Un catéter doble lumen calibre de 11 a 12 fr, longitud de 185 a 205 mm con obturador y un dilatador con extensiones curvas.  Tipo: Mahurkar.  Estéril y desechable  Marca: NIPRO Modelo: NDLP20, NDLS20 <i>Referencia: Catálogo Catéter temporal y permanente, páginas 1 y 2.</i> Registro Sanitario: 1462C2006 SSA  Catálogo Catéter Medcomp Pág. 14.

Folio 2247



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
		<p>11 Fr x 20 cm. Modelo: XTP1180JS.            Extensiones Curvas. Con obturador. Con dilatador</p> <p>Registro Sanitario: 1685C2019 SSA</p> <p>Marca: KENDALL/COVIDIEN</p> <p>Modelos: 8813793013.</p> <p>Catálogo Mahurkar Covidien'</p> <p>Portafolio de catéteres de cuidado agudo, pág. 6.</p> <p>Registro Sanitario 0422C2011 SSA</p> <p>JERINGA 5ml</p> <p>Marca DL Médica S.A de C.V.</p> <p>Catálogo: Jeringa 5 ml sin aguja</p> <p>Registro Sanitario: 01866C99 SSA</p> <p>JERINGA 5ml</p> <p>Marca NIPRO.</p> <p>Catálogo: Jeringa 5 ml</p> <p>Registro Sanitario: 1602C2013 SSA</p>
4	<p>060.166.0533 Catéter permanente, para hemodiálisis.</p> <p>Tamaño adulto, de doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetros internos de 1.80 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 2.0 mm a 3.20 mm en el lado venoso, con longitud de 31.5 a 37.0 cm, con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene:</p> <p>Catéter de doble lumen.</p>	<p>060.166.0533 Catéter permanente, para hemodiálisis.</p> <p>Tamaño adulto, de doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetros internos de 1.80 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 2.0 mm a 3.20 mm en el lado venoso, con longitud de 31.5 a 37.0 cm, con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene:</p>

**Folio 2248**



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA



## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
	<p>Aguja introductora calibre 18 g. Introductor con camisa desprendible.</p> <p>Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección.</p> <p>Estéril y desechable.</p> <p>Pieza</p>	<p>Catéter de doble lumen.</p> <p>Aguja introductora calibre 18 g. Introductor con camisa desprendible.</p> <p>Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección.</p> <p>Estéril y desechable.</p> <p>Pieza</p> <p>Marca: NIPRO</p> <p>Modelo: NTH1432</p> <p><i>Referencia: Catálogo Catéter temporal y permanente, páginas 1 y 2.</i></p> <p>Registro Sanitario: 1462C2006 SSA</p> <p>Marca: KENDALL/COVIDIEN</p> <p>Modelo 8817748001,</p> <p>Catálogo Permcath Covidien</p> <p>Catéter Doble Lumen, pág. 2 y 3.</p> <p>Registro Sanitario 0423C2011 SSA</p> <p>Marca: KENDALL/MEDTRONIC</p> <p>Modelo 8888145014,</p> <p>Catálogo Pallindrome. pág. 6.</p> <p>Registro Sanitario 0730C2008 SSA</p> <p>Catálogo Catéter Medcomp Pág. B.</p> <p>14.5 Fr x 32 cm. Modelo: HFS32E.</p>

Folio 2249



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, CDL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
		<p>Doble lumen. Aguja introductora.            Introdutor con camisa desprendible.            Guía de alambre. Tapones.</p> <p>JERINGA 5ml            Marca DL Médica SA de CV.            Catálogo: Jeringa 5 ml sin aguja            Registro Sanitario: 0166C99 SSA</p> <p>JERINGA 5ml            Marca NIPRO.            Catálogo: Jeringa 5 ml            Registro Sanitario: 1602C2013 SSA</p>
5	<p>060.166.0541 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño pediátrico, de doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetro interno de 1.5 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 1.5 mm a 1.2 mm en el lado venoso, con longitud de 27.0 cm a 30.0 cm con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene:</p> <p>Catéter de doble lumen.</p> <p>Aguja introductora calibre 18 g. Introdutor con camisa desprendible.</p> <p>Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección.</p> <p>Estéril y desechable.</p>	<p>060.166.0541 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño pediátrico, de doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetro interno de 1.5 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 1.5 mm a 1.2 mm en el lado venoso, con longitud de 27.0 cm a 30.0 cm con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene:</p> <p>Catéter de doble lumen.</p> <p>Aguja introductora calibre 18 g. Introdutor con camisa desprendible.</p> <p>Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección.</p> <p>Estéril y desechable.</p> <p>Marca: NIPRO</p>

Folio 2250



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
**SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
		<p>Modelo: NTH142B</p> <p>Referencia: Catálogo Catéter temporal y permanente, páginas 1 y 2</p> <p>Registro Sanitario: 1462C2606 SSA</p> <p>Marca: KENDALL/COVIDIEN</p> <p>Modelo 8834369001,</p> <p>Catálogo Permcatth Covidien          Catéter Doble Lumen, pág. 2 y 3.          Registro Sanitario 0423C2011 SSA</p> <p>Catálogo Catéter Medcomp Pág. 8.          14.5 Fr x 32 cm. Modelo: HFS28E.</p> <p>Doble lumen. Aguja Introdutora.          Introdutor con camisa desprendible.          Guía de alambre. Tapones.</p> <p>JERINGA 5ml</p> <p>Marca DL Médica SA de C.V.</p> <p>Catálogo: Jeringa 5 ml sin aguja</p> <p>Registro Sanitario: 01166C99 SSA</p> <p>JERINGA 5ml</p> <p>Marca NIPRO.</p> <p>Catálogo: Jeringa 5 ml</p> <p>Registro Sanitario: 1602C2013 SSA</p>
6	injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, ó ptfé, estéril y desechable. Longitud 40 A 60 cm., x 5, mm, de diámetro.	injertos, tubular y anillado para hemodiálisis de poliuretano o ptfé, estéril y desechable. Longitud de 40 cm x 5mm de diámetro.

Folio 2251



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



**UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
 SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
		Marca: Gore-Tex, Modelos SRRT05030040L Catálogo Gore PAG 2 Registro Sanitario 1722C85 SSA
7	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfé estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 6 mm., de diámetro.	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis de poliuretano o ptfé, estéril y desechable. Longitud de 60 cm x 6.  Marca: Gore-Tex, Modelos SRRT06060060L Catálogo Gore, pág 2 Registro Sanitario 1722C85 SSA
8	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfé, estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 8 mm., de diámetro.	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis de poliuretano o ptfé, estéril y desechable. Longitud de 50 cm x 8 mm de diámetro.  Marca: Gore-Tex, Modelos SRRT08040050L Catálogo Gore, págs. 3 y 4 Registro Sanitario 1722C85 SSA

Anexo T 2 (T-dos)

E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO

**Folio 2252**



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



**UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
 SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1026, COL. DEL VALLE, BENTO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
1	Reclinables que logren un decúbito dorsal adecuado para procedimientos médicos durante la sesión.	Reclinables que logren un decúbito dorsal adecuado para procedimientos médicos durante la sesión.  Marca NIPRO  Referencia: Catálogo Sillón para Hemodiálisis NIPRO, página 1  Marca Passion. Registro Sanitario: No requiere, Catálogo Sillón PV-YS Pág. 1 y 3
2	Seguros para el paciente y personal de enfermería.	Seguros para el paciente y personal de enfermería  Marca NIPRO  Referencia: Catálogo Sillón para Hemodiálisis NIPRO, página 2  Manual de Operaciones PY-YS (PASSION), página 2.
3	Vida media promedio de uso de un año	Vida media de uso superior a 18 meses  Marca NIPRO  Referencia: Catálogo Sillón para Hemodiálisis NIPRO, página 1  Manual de Operaciones PY-YS (PASSION), página 8.

**Folio 2253**



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



**UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
 SANTA LUCIA**

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
4	De fácil limpieza.	De fácil limpieza.  Marca NIPRO  Referencia: Catálogo Sillón para Hemodiálisis NIPRO, página 2  Catálogo PY-YS (PASSION), página 2
5	Ergonómicamente diseñado que permita el trendelemburg por cada máquina.	Ergonómicamente diseñado que permita el Trendelemburg por cada máquina.  Marca NIPRO  Referencia: Catálogo Sillón para Hemodiálisis NIPRO, página 2  Catalogo PY-YS (PASSION), página 3  Manual de Operaciones PY-YS (PASSION), página 2.  Catálogo PY-YS (PASSION), página 3.
6	Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados.	Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados.  Marca NIPRO  Referencia: Catálogo Sillón para Hemodiálisis NIPRO, página 2  Catalogo PY-YS (PASSION), página 1 y 2.

**Folio 2254**



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA



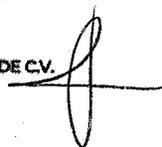
## UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA

CALLE ADOFO PRIETO 1020, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 03100 TEL 7444659721

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
		Manual de Operaciones PY-YS (PASSION), página1.

PROTESTO LO NECESARIO.

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



**Folio 2255**



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. SEIA24311604-0086**

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

**AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024**

**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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

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  
 DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS 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			
9	<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			
10	<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			
11	<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			
12	<b>Comités</b>				
12.1	Se cuenta con un Comité y registro de infecciones dentro del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.	O			

**POR EL INSTITUTO**

**JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS O DIRECTOR DE UMAE**

**POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA**

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

**VERIFICADOR POR EL INSTITUTO**

**NOMBRE Y FIRMA**

**PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS**



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

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 ( )
Nombre del médico responsable de la unidad de hemodiálisis:		Trámite ( )	
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.	



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIÁLISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086

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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

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 (BIMESTRAL)		PRUEBAS QUÍMICAS (ANUAL)	
	MES	FECHA MÁXIMA DE ENTREGA	CUMPLE CON ESPECIFICACIONES (SI/NO)	FECHA MÁXIMA DE ENTREGA
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. SEIA24311604-0086**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086



**DOMICILIO EN DONDE PRESTARÁ EL SERVICIO EL PROVEEDOR: AV. MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO  
No 2690, LOCALES DEL 7 AL 16 COL FORMANDO HOGAR, C.P. 91897, VERACRUZ, VERACRUZ**



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

- FACTURA DE AMBULANCIA PARA DAR EL SERVICIO DE TRASLADO



Ambulancias de Alta Tecnología en Atención  
Prehospitalaria, Cursos de Primeros Auxilios  
Urgencias 24 hrs.; Eventos Especiales,  
Membresías, Traslados de Pacientes  
Aéreos y Terrestres, Alarma Medica de Urgencias.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE AMBULANCIA

Convenio de prestación de servicios de traslado en ambulancia y asistencia médica en trayecto a pacientes discapacitados, accidentados y/o enfermos, que celebran por una parte **Médica del Futuro A.C.** que es representada legalmente por el **L.A.E. Arturo Santibáñez Góngora**, a quien en lo sucesivo y para efectos de este contrato se le denominara "**Ambulancias**" y por la otra parte **OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA SA DE CV**, que es representado legalmente con uso de sus plenos poderes por **C.P. Víctor Alarcón Peláez** que en lo sucesivo se le denominará **UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA**, con domicilio para recibir todo tipo de notificaciones en la ubicación de **Avenida Miguel ángel de Quevedo, Número exterior 2690, Local del 5 al 16, Colonia Formando Hogar, Veracruz, Veracruz. C.P. 91897** personas que al ser consideradas con capacidad legal para contratar y obligarse sin que conste nada en contrario, han manifestado querer tener por escrito un contrato de prestación de servicios profesionales, que formalizan al tenor de las siguientes declaraciones y cláusulas.

DECLARACIONES

DECLARA: AMBULANCIAS

- 1.- Ser una Asociación civil dedicada a la prestación de servicios de traslado en ambulancias y asistencia médica en trayecto a pacientes discapacitados, accidentados y/o enfermos legalmente constituida conforme a las leyes de los Estados Unidos Mexicanos.
- 2.- Tener su domicilio en la Privada B 15 de enero 4911 Col San Baltazar Campeche CP. 72550, en la CD de Puebla. Pue. Debidamente inscrita en el registro federal de contribuyentes MFU961213L63. Contando con domicilio en Veracruz en la calle Juan Enriquez 2860-10 Colonia Zaragoza C.P. 91917 Veracruz Ver.
- 3.- Que al L.A.E Arturo Santibáñez Góngora. No se le ha revocado, modificado o sustituido de manera alguna el poder que le fue conferido por la asociación civil para representarla. Teniendo a Francisco Alberto Islas Monsalvo como Coordinador Operativo en Veracruz.
- 4.- Tener la experiencia profesional, capacidad y equipos de transporte necesarios para obligarse de conformidad con el presente contrato.

PRIV. VOLCÁN DE COLIMA 2705 COL. VOLCANES C.P. 72410 TEL. 01-222-237-1975 FAX. 01222-294-3955 PUEBLA PUE.

Teléfono en Veracruz 1-21-68-05 ID NEXTEL 132134\*9

01-800-847-95-03



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



*Ambulancias de Alta Tecnología en Atención  
 Prehospitalaria, Cursos de Primeros Auxilios  
 Urgencias 24 hrs.; Eventos Especiales,  
 Membresías, Traslados de Pacientes  
 Aéreos y Terrestres, Alarma Medica de Urgencias.*

**DECLARA: LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA**

- 1.- Ser una institución Privada dedicada a la prestación de servicios de medicina y asistencia hospitalaria a pacientes de hemodiálisis.
- 2.- Tener su domicilio en **Avenida Miguel ángel de Quevedo, Número exterior 2690, Local del 5 al 16, Colonia Formando Hogar, Veracruz, Veracruz. C.P. 91897** Y estar inscrita en el registro federal de contribuyentes OSS080331528
- 3.- Que al **C.P. Víctor Alarcón Peláez**, no se le ha revocado, modificado o sustituido de manera alguna el poder que le fue conferido por la sociedad anónima para representarla.
- 4.- Tener la experiencia de conformidad con el presente contrato.

**DECLARAN AMBAS PARTES:**

- 1.- Su voluntad de comprometerse con este contrato de conformidad con las siguientes:

**CLAUSULAS**

**Objeto**

**Primera** .- "Ambulancias" se obliga y compromete con "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" a brindar de manera expedita y eficiente la presentación del servicio de traslado en ambulancia y asistencia médica en trayecto a pacientes enfermos, accidentados y/o discapacitados, que lo soliciten en forma directa o la segunda de ellas, es decir a "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" de conformidad con el tipo de paciente o contrato de servicios que esta tenga celebrando con distintas asociaciones públicas o privadas, escuelas hoteles y demás empresas y/o compañías se seguros.

PRIV. VOLCÁN DE COLIMA 2705 COL. VOLCANES C.P. 72410 TEL. 01-222-237-1975 FAX. 01222-294-3955 PUEBLA PUE.

**Teléfono en Veracruz 1-21-68-05 ID NEXTEL 132134\*9**

**01-800-847-95-03**



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA



*Ambulancias de Alta Tecnología en Atención  
Prahospitalaria, Cursos de Primeros Auxilios  
Urgencias 24 hrs.; Eventos Especiales,  
Membresías, Traslados de Pacientes  
Aéreos y Terrestres, Alarma Medica de Urgencias.*

**De los pacientes De "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA"**

Segunda.- "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" manifiesta que cuenta permanentemente con pacientes que requieren de traslado terrestre, por lo que con la finalidad de brindar un servicio integral solicita que "Ambulancias" su disposición y compromiso para atender en traslado terrestre a sus pacientes.

Así mismo, "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" manifiesta que cuenta con pacientes del sector salud y privados, con las que a su vez se ha obligado a prestar servicios de atención médica, de manera personal y con sus respectivos asegurados, por lo que con la finalidad de cubrir en parte esta demanda de servicios de traslado, se compromete y obliga a contratar los servicios de "Ambulancias"

**De la prestación de servicios de traslados.**

Tercera.- "Ambulancias" se obliga y compromete con la "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" a brindar de manera expedita y eficiente la prestación de servicios de traslados en ambulancia y asistencia médica en trayecto a pacientes discapacitados, accidentados y/o enfermos para la cual tomara un reporte u orden de servicios donde se mencione el nombre del solicitante, nombre del paciente, lugar de destino, fecha, hora y nombre del médico tratante, en su caso, recabando la firma de la persona solicitante.

Una vez tomado el reporte "Ambulancias" con su personal calificado evaluara y precisara el tipo de traslado que se requiera, procediendo de inmediato a prestar el servicio contratado en sus ambulancias.

"Ambulancias" atenderá y brindará la asistencia médica y de urgencias necesaria durante el traslado y/o trasbordo en sus ambulancias, para lo cual tomara el reporte que le entregue la "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" donde mencione el estado que guarda el paciente que se traslada, los medicamentos que debe administrarle, las dosis, etc.

Cuarta.- Para cubrir cualquier traslado que solicite "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" de sus pacientes, deberá cobrar previamente al enfermo o paciente los gastos que por el traslado cobra "Ambulancias". En todo caso será responsabilidad de "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" pagarle a "Ambulancias" los traslados que este último realice por instrucciones de "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA".

PRIV. VOLCÁN DE COLIMA 2705 COL. VOLCANES C.P. 72410 TEL. 01-222-237-1975 FAX. 01222-294-3955 PUEBLA PUE.

Teléfono en Veracruz 1-21-68-05 ID NEXTEL 132134\*9

01-800-847-95-03



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA



Ambulancias de Alta Tecnología en Atención  
Prehospitalaria, Cursos de Primeros Auxilios  
Urgencias 24 hrs.; Eventos Especiales,  
Membresías, Traslados de Pacientes  
Aéreos y Terrestres, Alarma Medica de Urgencias.

#### Del cobro de los servicios

Quinta.- "Ambulancias" detallaran en el reporte de traslados el importe total por cobrar mensualmente, más el impuesto al valor agregado, que se debió cobrar atendiendo al anexo I, de este contrato y el cual no podrá ser modificado sin el VoBo de la "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA".

"LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" se obliga y compromete con "Ambulancias" a pagar a más tardar dentro de los 8 días naturales siguientes a la fecha de entrega del reporte mensual los importes netos por los servicios de traslados que la segunda haya brindado a los pacientes, enfermos o discapacitados a los cuales se le proporciono el servicio, una vez restada la participación que corresponda a la "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" según la cláusula VI.

#### Del suministro de insumos y material médico.

Sexta.- El suministro de insumos y demás equipo médico de las unidades terrestres de traslado será proporcionado por "Ambulancias", evitando para iniciar operaciones todo un almacén para soporte de vida avanzado.

Se declara que "Ambulancias" cobrara los insumos tales como cassettes para bombas de infusión, férulas especiales, collarines, medicamentos como sedantes, inotrópicos y fármacos que incrementen el costo del traslado, dada la naturaleza de uso personal de dichos insumos, por lo que "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" deberá cargarlos a la cuenta del paciente por trasladar, con el objeto de poder reponer el almacén con que opera "Ambulancias".

"Ambulancias" vigilara que sus unidades cuenten con los materiales necesarios que se requieren para laborar de acuerdo a los protocolos internacionales, tales como camillas, tablas, botiquines, medicamentos, férulas, etc.

#### Del mantenimiento de las ambulancias terrestres.

Séptima.- "Ambulancias" será responsable del mantenimiento de las unidades terrestres que utiliza para brindar el servicio de traslado de pacientes, debiendo contar con ello, con por lo menos una persona o taller dedicada exclusivamente a tal fin. Debiendo demostrar fehacientemente al "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" los servicios que haga a sus unidades.

"Ambulancias" en todo momento deberán estar bien pintadas, con llantas en buen estado, con luces de emergencia y en general en buen funcionamiento, cuidando además la imagen de la institución que representa.

PRIV. VOLCÁN DE COLIMA 2705 COL. VOLCANES C.P. 72410 TEL. 01-222-237-1975 FAX. 01222-294-3955 PUEBLA PUE.

Teléfono en Veracruz 1-21-68-05 ID NEXTEL 132134\*9

01-800-847-95-03



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA



*Ambulancias de Alta Tecnología en Atención  
Prehospitalaria, Cursos de Primeros Auxilios  
Urgencias 24 hrs.; Eventos Especiales,  
Membresías, Traslados de Pacientes  
Aéreos y Terrestres, Alarma Medica de Urgencias.*

#### De la relación laboral

Octava. - "Ambulancias" y "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" acuerdan que los operadores y técnicos en urgencias médicas son trabajadores o empleados de la primera, por lo que laboran bajo su absoluta responsabilidad, siendo "Ambulancias" la única responsable laboral de las prestaciones que se les adeuden, liberando a "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" de cualquier contingencia que se llegue a presentar.

Por su parte, "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" hace constar que los médicos y demás empleados que estén a bordo de las ambulancias por instrucciones suyas laboran bajo responsabilidad de su profesión, por lo que es la única responsable de las prestaciones que se les adeuden, liberando a "Ambulancias" y "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SANTA LUCIA" de cualquier contingencia que se llegue a presentar.

#### De la vigencia y terminación del contrato.

Novena. - Ambas partes, acuerdan que este contrato vigente del 1 de diciembre de 2023 al 01 de diciembre de 2024

Por otra parte, de común acuerdo las partes podrán dar terminado el presente contrato, sin responsabilidad alguna.

#### Interpretación

Decima. - Para la interpretación y cumplimiento del presente contrato, ambas partes se someten a la jurisdicción y competencia de los tribunales y juzgados que resulten competentes, señalando como sus domicilios para recibir toda clase de notificaciones los mencionados en este contrato.

No habiendo dolo, mala fe, violencia, o lesión. Ambas partes lo firman de conformidad en:  
Veracruz Ver. A 01 de diciembre del 2023.

PRIV. VOLCÁN DE COLIMA 2705 COL. VOLCANES C.P. 72410 TEL. 01-222-237-1875 FAX. 01222-294-3955 PUEBLA PUE.

Teléfono en Veracruz 1-21-68-05 ID NEXTEL 132134\*9

01-800-847-95-03



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



Ambulancias de Alta Tecnología en Atención  
 Prehospitalaria, Cursos de Primeros Auxilios  
 Urgencias 24 hrs.; Eventos Especiales,  
 Membresías, Traslados de Pacientes  
 Aéreos y Terrestres, Alarma Medica de Urgencias.

"Ambulancias"

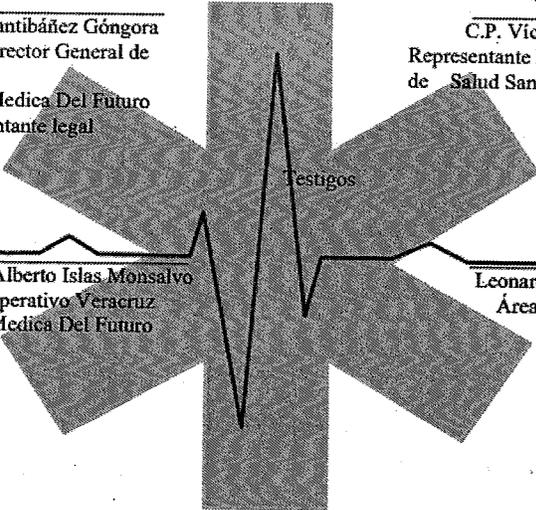
"Unidad de Hemodiálisis Santa Lucia"

L.A.E. Arturo Santibáñez Góngora  
 Director General de

Ambulancias Medica Del Futuro  
 Representante legal

C.P. Victor Alarcón Peláez  
 Representante legal de Operadora de Servicios  
 de Salud Santa Lucia S.A. de C.V.

T.U.M. Francisco Alberto Islas Monsalvo  
 Coordinador Operativo Veracruz  
 Ambulancias Medica Del Futuro



Leonardo De Jesús Villarruel  
 Área Administrativa

PRIV. VOLCÁN DE COLIMA 2705 COL. VOLCANES C.P. 72410 TEL. 01-222-237-1975 FAX. 01222-294-3955 PUEBLA PUE.

Teléfono en Veracruz 1-21-68-05 ID NEXTEL 132134\*9

01-800-847-95-03



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086

-SERVICIO DE LABORATORIO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO

No. V006-TAM-0202/2024

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE REFERENCIA DE ESTUDIOS DE LABORATORIO QUE CEBRAN POR UNA PARTE LABORATORIO LISTER CENTRO MEDICO DE TAMPICO S.A. DE C.V. REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR KENSA ARELY FLORES GONZALEZ, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO "EL LABORATORIO" Y POR OTRA PARTE, OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA S.A. DE C.V. REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR VICTOR ALARCON PELAEZ A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO "EL CLIENTE", AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLAUSULAS:

DECLARACIONES

I. Declaro "EL LABORATORIO":

(a) Que es una sociedad anónima debidamente constituida conforme a las leyes de los Estados Unidos Mexicanos, según consta en la Escritura N° 1,400, de fecha 15 de Marzo de 1989, otorgada ante el Lic. Oscar José Casanova Sánchez, Titular de la Notaría N° 8 de la ciudad de Tampico, Tamaulipas, cuyo primer testimonio quedó inscrito en el Registro Público de Comercio de Tampico, Tamaulipas el día 27 Abril de 1998.

(b) Que su representante cuenta con facultades suficientes y necesarias para obligarlo en los términos y condiciones de este convenio, como consta en el Instrumento notarial número 7,101 de fecha 21 de Enero del año 2011, otorgada ante el Notario Número 8 de Tampico, Tamaulipas, las cuales no le han sido revocadas ni modificadas en forma alguna.

(c) Que está debidamente inscrita en el Registro Federal de Contribuyentes bajo el número LLC870327006 y tener su domicilio fiscal en Carretera N° 201, Col. Zona Centro, Tampico, Tamaulipas C.P. 89000.

(d) Que está dedicada a la prestación de servicios de laboratorio de análisis clínicos, de histopatología y citología, así como a la prestación de servicios afines o relacionados, para lo cual cuenta con la infraestructura, personal capacitado y, en general, con todos los elementos necesarios para la prestación de los mencionados servicios como laboratorio clínico de referencia.

(e) Que sujeto a los términos y condiciones del presente Contrato es su intención prestar el "EL CLIENTE" sus servicios de referencia de estudios de laboratorio de análisis clínicos, de histopatología, citología y afines o relacionados.

(f) Que cuenta con una sucursal de Laboratorio Clínico en el domicilio ubicada en Av. 16 de Septiembre No. 955 Zona Centro, C.P. 91700, Veracruz, Veracruz.

II. Declaro "EL CLIENTE":

(a) Que es una sociedad anónima debidamente constituida conforme a las leyes de los Estados Unidos Mexicanos, según consta en la Escritura N° 5,182, de fecha 31 de Marzo de 2008, otorgada ante el Lic. Luis Arévalo Contreras, Corredor Público Número Uno de la ciudad de Acapulco, Guerrero, cuyo primer testimonio quedó inscrito en el Registro Público de Comercio de Acapulco, Guerrero el día 10 Abril de 2008.

(b) Que está legalmente representada en este acto por Víctor Alarcón Peláez quien cuenta con las facultades necesarias para celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, según consta en el poder notarial No. 13, 758 de fecha 20 de Junio de 2019, otorgada ante el Corredor Público

LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA S.A. DE C.V.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO

No. V006-TAM-2411/2022

Número Uno Luis Arévalo Contreras, de la ciudad de Acapulco, Guerrero, facultades que a la fecha de firma del presente contrato no le han sido revocadas o limitadas en forma alguna.

(c) Que está debidamente inscrita en el Registro Federal de Contribuyentes y tener su domicilio fiscal en Vasco N de Balboa # 1003, Acapulco, Guerrero C.P. 39355.

(d) Que está dedicado entre otras actividades a la prestación de servicios de administración, operación, supervisión, promoción, consultoría, organización e intervención de cualquier medio legal en clínicas y hospitales, y que requiere contratar los servicios de referencia de "EL LABORATORIO", como laboratorio clínico de referencia para la práctica de ciertas pruebas de laboratorio de análisis clínicos, de histopatología, de citología y otras pruebas afines.

Expuesto lo anterior, las partes otorgan las siguientes:

CLAUSULAS

PRIMERA. - Objeto. - Sujeto a los términos y condiciones del presente Contrato, "EL LABORATORIO" conviene en prestar a "EL CLIENTE" servicios de referencia, para la práctica de pruebas de laboratorio de análisis clínicos, histopatología, citología y otras pruebas afines que "EL CLIENTE" le solicite conforme a las especificaciones de metodología aplicada emitidas por "EL LABORATORIO" y al listado de pruebas que contiene el Anexo N° 1, y que forma parte integral del presente instrumento.

"EL LABORATORIO" y "EL CLIENTE" están de acuerdo en que la prestación de otro tipo de servicios de laboratorio deberá ser aprobada por "EL LABORATORIO", previa solicitud por escrito del "EL CLIENTE".

SEGUNDA. - Entrega de Resultados.- "EL LABORATORIO" conviene en enviar a "EL CLIENTE" los reportes que contengan los resultados de las pruebas de laboratorio de análisis clínicos, histopatología, citología y otras pruebas afines que "EL LABORATORIO" hubiere practicado a solicitud de "EL CLIENTE". Los reportes conteniendo los resultados de las pruebas serán enviados a través de medio electrónico previamente convenido con "EL CLIENTE" inmediatamente después de concluidas las pruebas, tomando en cuenta el tiempo de proceso previsto en la lista de Pruebas Anexo 1 y que forma parte integral del presente instrumento.

TERCERA.- Lugar de la Toma de Muestras.- Las muestras serán tomadas por parte de "EL LABORATORIO" en sus instalaciones del Laboratorio Clínico ubicado en la Av. 16 de Septiembre No. 955 Zona Centro, Veracruz, Veracruz, o en alguna otra sucursal de "EL LABORATORIO" que cuente con instalaciones suficientes, y que se señalan en el Anexo no. 2 "Relación de Sucursales" y que forma parte integral del presente instrumento.

"EL LABORATORIO" proporcionará el material e insumos necesarios para la toma de muestra o "EL CLIENTE" y en general todos los elementos necesarios para prestación de los mencionados servicios como Laboratorio Clínico.

CUARTA. - Lugar de la Prestación de los Servicios y procesamiento de las Muestras. - Los servicios objeto del presente Contrato, relativos al procesamiento de las muestras que sean tomadas por "EL CLIENTE", serán prestados por "EL LABORATORIO" en sus instalaciones ubicadas en Av. 16 de Septiembre No. 955 Zona Centro, Veracruz, Veracruz o en alguna otra sucursal de "EL LABORATORIO" que cuente con instalaciones suficientes, y que se señalan en el Anexo no. 2 "Relación de Sucursales" y que forma parte integral del presente instrumento.

LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA S.A. DE C.V.

FOLIO 01521

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

DEPARTAMENTO DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

115



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086

### CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO

No. V006-TAM-2411/2022

**QUINTA. — Precio de los Servicios y Facturación.**— Como contraprestación por los servicios objeto del presente Contrato, "EL CLIENTE" conviene en pagar a "EL LABORATORIO" el precio correspondiente a las pruebas de laboratorio de análisis clínicos, de histopatología, citología y servicios afines que solicite, aplicándose para tal efecto la lista de precios vigentes que contiene el Anexo 1 y que forma parte integral del presente instrumento, en la fecha en que las pruebas sean practicadas por "EL LABORATORIO".

"EL LABORATORIO" facturará quincenalmente a "EL CLIENTE" los honorarios correspondientes a las pruebas de laboratorio de análisis clínicos, de histopatología, citología y servicios afines practicadas. La facturación se elaborará los días quince y último de cada mes calendario por "EL LABORATORIO" y se enviará a "EL CLIENTE" una copia de la factura el primer día hábil siguiente a la facturación de los servicios. "EL CLIENTE" se obliga a pagar a "EL LABORATORIO" el importe íntegro de las facturas, sin deducción alguna, dentro de los primeros ocho días calendario siguientes al de la recepción de la copia de la factura correspondiente. Una vez efectuado el pago, "EL LABORATORIO" entregará a "EL CLIENTE" los archivos PDF y XML de las facturas correspondientes vía correo electrónico.

Todos los pagos que "EL CLIENTE" deba efectuar a "EL LABORATORIO" de conformidad con el presente Contrato, los realizará "EL CLIENTE" mediante transferencia de fondos o depósitos en la cuenta bancaria [REDACTED]

**SEXTA. — Confidencialidad.**— "EL LABORATORIO" se obliga a mantener en secreto y a no divulgar a tercero alguno, sin el consentimiento previo y por escrito del "EL CLIENTE", el resultado de las pruebas de análisis clínicos, de histopatología, citología y pruebas afines que hubiere practicado a solicitud del "EL CLIENTE". A su vez, "EL CLIENTE" se obliga a mantener en secreto y a no divulgar a tercero alguno, sin el consentimiento previo y por escrito de "EL LABORATORIO" el contenido de la lista de Pruebas, las cuales forman parte integrante de este Contrato como Anexo N° 1 y que forma parte integral del presente instrumento.

Las obligaciones de confidencialidad asumidas por "EL LABORATORIO" y el "EL CLIENTE" conforme a lo previsto en esta Cláusula subsistirán aún después de la terminación del presente Contrato por tiempo indefinido.

**SÉPTIMA. — Vigencia.**— El presente Contrato entrará en vigor a partir de la fecha y firma de su celebración y tendrá una duración indefinida, renovándose automáticamente por periodos de dos años. "EL LABORATORIO" o "EL CLIENTE" podrán dar por terminado este Contrato en cualquier tiempo mediante notificación por escrito a la otra parte con sesenta días de anticipación.

**OCTAVA. — Incumplimiento.**— El incumplimiento de cualquiera de las partes de las obligaciones a su cargo derivadas del presente Contrato, otorgará el derecho a la parte ofendida para exigir el cumplimiento forzoso de las mismas o para rescindir de pleno derecho este Contrato, sin necesidad de requerimiento o declaración judicial alguna. En cualquiera de estos casos, es decir, en caso de cumplimiento forzoso o de rescisión, la parte que haya incumplido pagará a la parte ofendida los daños y perjuicios que ocasione su incumplimiento.

**NOVENA. — Responsabilidad.**— "EL CLIENTE" será responsable de la toma y envío de muestras a "EL LABORATORIO" y será responsable de la custodia de las muestras que refiera a "EL LABORATORIO" desde el momento de su toma y hasta el momento en que éstas sean físicamente entregadas en el domicilio de "EL LABORATORIO".

LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA S.A. DE C.V. [REDACTED]

FOLIO 01522

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



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-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0086

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO**

No. V006-TAM-2411/2022

**"EL LABORATORIO"** no será responsable del empaque, embalaje, condiciones de almacenamiento, transporte y tiempo de recepción de las muestras, cuando éstas sean enviadas por servicios de mensajería.

Entendiéndose que la responsabilidad individual estará sujeta a la parte del proceso que cada una ejecute (preanalítica, analítica, post-analítica).

**DÉCIMA. – "EL LABORATORIO"** se reserva el derecho de aceptación o rechazo de muestras de laboratorio enviadas por el **"EL CLIENTE"** si estas no cumplieran con los requisitos preanalíticos establecidos en la lista de Pruebas que forman parte integrante del presente Contrato como Anexo N° 1. **"EL LABORATORIO"** informará oportunamente al **"EL CLIENTE"** de las desviaciones en las muestras clínicas recibidos.

**DÉCIMA PRIMERA. – "EL LABORATORIO"** será responsable del tiempo de proceso de las muestras que remita **"EL CLIENTE"**. El tiempo de proceso se contará a partir del momento en que las muestras sean registradas por el **"EL LABORATORIO"**.

**DÉCIMA SEGUNDA. – "EL LABORATORIO"** conservará el material de citología que le refiera **"EL CLIENTE"**, por un periodo de cinco años con diagnóstico negativo para neoplasia y por 10 años todo aquel material que fuera diagnosticado con cualquier tipo de neoplasia. Así mismo, **"EL LABORATORIO"** conservará por 10 años todos los bloques y preparaciones histológicas (tominillos), independientemente del diagnóstico. **"EL LABORATORIO"** conservará los resultados de los estudios referidos por **"EL CLIENTE"** en medios electrónicos durante dos meses en línea y 10 años en papel.

**DÉCIMA TERCERA. –** En caso de que el médico tratante del paciente de **"EL CLIENTE"** pidiera aclaraciones a **"EL CLIENTE"** de cualquier resultado de análisis clínicos, de histopatología, citología o pruebas afines reportado por **"EL LABORATORIO"** a **"EL CLIENTE"** informará de esta situación a **"EL LABORATORIO"**, quien tomando en cuenta las circunstancias del caso, revisará los resultados, o bien, practicará nuevas pruebas sin costo alguno para **"EL CLIENTE"** (previo acuerdo por ambas partes). En todo caso, la responsabilidad de **"EL LABORATORIO"** quedará limitada a la repetición de tales pruebas.

**DÉCIMA CUARTA. – Responsabilidad Mancomunada de las Partes. –** De acuerdo a lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, ambas partes asumirán la responsabilidad mancomunada de los resultados.

**DÉCIMA QUINTA. – Domicilios. –** Todos los avisos requeridos o permitidos conforme a los términos del presente Contrato deberán formularse por escrito y se considerará que han sido notificados cuando sean entregados al destinatario, como a continuación se indica:

Si son para: **"EL LABORATORIO"** LABORATORIO LISTER CENTRO MEDICO DE TAMPICO S.A. DE C.V.  
Av. 16 de Septiembre # 955 Zona Centro  
Veracruz, Veracruz  
C.P. 91700  
Atención: Responsable de Sucursal

Si son para el **"EL CLIENTE"**: OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA S.A. DE C.V.  
Vasco N de Balboa # 1003, Col. Hornos Acazulca, Guerrero C.B. 89355.  
Atención: Sr. Victor Alarcón Peláez  
o a cualquier domicilio distinto que fuera señalado mediante aviso por escrito a la otra parte.

LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA S.A. DE C.V.

FOLIO 01523



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO

No. V006-TAM-2411/2022

"EL LABORATORIO" no será responsable del empaque, embalaje, condiciones de almacenamiento, transporte y tiempo de recepción de las muestras, cuando éstas sean enviadas por servicios de mensajería.

Entendiéndose que la responsabilidad individual estará sujeta a la parte del proceso que cada una ejecute (preanalítica, analítica, post-analítica).

DÉCIMA. - "EL LABORATORIO" se reserva el derecho de aceptación o rechazo de muestras de laboratorio enviados por el "EL CLIENTE" si estos no cumplieran con los requisitos preanalíticos establecidos en la lista de Pruebas que forman parte integrante del presente Contrato como Anexo N° 1. "EL LABORATORIO" informará oportunamente al "EL CLIENTE" de las desviaciones en los muestras clínicos recibidos.

DÉCIMA PRIMERA. - "EL LABORATORIO" será responsable del tiempo de proceso de las muestras que remita "EL CLIENTE". El tiempo de proceso se contará a partir del momento en que las muestras sean registradas por el "EL LABORATORIO".

DÉCIMA SEGUNDA. - "EL LABORATORIO" conservará el material de citología que le refiera "EL CLIENTE", por un periodo de cinco años con diagnóstico negativo para neoplasia y por 10 años toda aquel material que fuera diagnosticado con cualquier tipo de neoplasia. Así mismo, "EL LABORATORIO" conservará por 10 años todos los bloques y preparaciones histológicas (laminitas), independientemente del diagnóstico. "EL LABORATORIO" conservará los resultados de los estudios referidos por "EL CLIENTE" en medios electrónicos durante dos meses en línea y 10 años en papel.

DÉCIMA TERCERA. - En caso de que el médico tratante del paciente de "EL CLIENTE" pidiera aclaraciones a "EL CLIENTE" de cualquier resultado de análisis clínicos, de histopatología, citología o pruebas afines reportado por "EL LABORATORIO" a "EL CLIENTE" informará de esta situación a "EL LABORATORIO", quien tomando en cuenta las circunstancias del caso, revisará los resultados, o bien, practicará nuevas pruebas sin costo alguno para "EL CLIENTE" (previo acuerdo por ambas partes). En todo caso, la responsabilidad de "EL LABORATORIO" quedará limitada a la repetición de tales pruebas.

DÉCIMA CUARTA. - Responsabilidad Mancomunada de las Partes.- De acuerdo a lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, ambas partes asumirán la responsabilidad mancomunada de los resultados.

DÉCIMA QUINTA. - Domicilios.- Todos los avisos requeridos o permitidos conforme a los términos del presente Contrato deberán formularse por escrito y se considerará que han sido notificados cuando sean entregados al destinatario, como a continuación se indica:

Si son para: "EL LABORATORIO" LABORATORIO LISTER CENTRO MÉDICO DE TAMPICO S.A. DE C.V.

Av. 16 de Septiembre # 955 Zona Centro

Veracruz, Veracruz

C.P. 91700

Atención: Responsable de Sucursal

Si son para el "EL CLIENTE": OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCIA S.A. DE C.V.

Vasco N de Balboa # 1003, Col. Hornos Acapulca, Guerrero C.P. 39355.

Atención: Sr. Victor Alarcón Peláez

o a cualquier domicilio distinto que fuera señalado mediante aviso por escrito a la otra parte.

LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA S.A. DE C.V.

FOLIO 01524



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO**

No. V006-TAM-2411/2022

**DECIMA SEXTA. – Sucasares y Casuarinas. –** Los derechos y obligaciones de cualquiera de las partes derivados del presente Contrato no podrán ser cedidos sin el previo consentimiento por escrito de la otra parte.

**DECIMA SÉPTIMA. – Acuerdo Integro y Anexos. –** El presente Contrato y los Anexos a que se hace referencia en el mismo contienen el acuerdo integro entre las partes contratantes respecto del objeto que se contempla en este instrumento y, por lo tanto, sustituye todos los acuerdos, entendimientos o cartas de intención entre las partes contratantes. El presente Contrato no podrá ser reformado, modificado o adicionado, a menos que esto se hiciera mediante un documento firmado por el representante autorizado de cada una de las partes.

**DECIMA OCTAVA. – Renuncias. –** El hecho de que alguna de las partes contratantes, en cualquier tiempo, omitiera exigir el cumplimiento de cualquiera de las estipulaciones del presente Contrato, no se considerará como una renuncia a la estipulación de que se trate, ni tampoco afectará en forma alguna la validez de este Contrato o el derecho de cualquiera de las partes contratantes para posteriormente exigir el cumplimiento de todas y cada una de las estipulaciones. No podrá considerarse que alguna renuncia respecto de cualquier incumplimiento del presente Contrato constituye una renuncia a redamar cualquier otro incumplimiento distinto o posterior.

**DECIMA NOVENA. – Ley Aplicable y Jurisdicción. –** El presente Contrato se regirá e interpretará de conformidad con las leyes y disposiciones aplicables en la República Mexicana. En caso de cualquier juicio, acción o procedimiento que se origine por o que se encuentre relacionado con el presente Contrato, las partes en este acto se someten en forma irrevocable a la jurisdicción de los tribunales de Tampico, Tamaulipas, renunciando para tal efecto a cualquier otra jurisdicción que pudiera corresponderles por razón de sus domicilios presentes o futuros o por cualquier otro motivo.

Este Contrato se firma por duplicado en la ciudad de Tampico, Tamaulipas, siendo el 23 de Noviembre de 2022, entregándose un ejemplar a cada una de las partes.

"EL LABORATORIO"

  
LABORATORIO LISTER CENTRO MEDICO DE  
TAMPICO, S.A. DE C.V.  
Representada por  
Lic. Kenia Araly Flores González

"EL CLIENTE"

  
OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA  
LUCÍA, S.A. DE C.V.  
Representada por  
Sr. Victor Alarcón Példez

LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA S.A. DE C.V.

FOLIO 01525



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

**FOLIO 00928**

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO

No. V006-TAM-2411/2022

ANEXO 1

NO.	ESTUDIO LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
1	17 Alfa Hidroxiprogesterona Neonatal
2	17 Alfa-hidroxiprogesterona
3	17 cetoesteroides en orina
4	5 Nucleotidasa
5	Ac. Anti-Brucella 2MercaptoEtanol
6	Ac. Anti Adenovirus
7	Ac. Anti Ameba (Serameba)
8	Ac. Anti Blastomyces
9	Ac. Anti Bordetella pertussis
10	Ac. Anti Brucella (Ag. Rosa de Bengala)
11	Ac. Anti Centromero
12	Ac. Anti Cisticerco IgG en suero
13	Ac. Anti Cisticercos IgG en LCR.
14	Ac. Anti Citomegalovirus IgG
15	Ac. Anti Citoplasma de neutrófilos (Anca)
16	Ac. Anti Coccidioides immitis IgG
17	Ac. Anti Coxsackie virus A
18	Ac. Anti Coxsackie virus A en LCR
19	Ac. Anti Cryptococcus neoformans en suero
20	Ac. Anti Dengue IgG, IgM
21	Ac. Anti Echo virus
22	Ac. Anti Echo virus LCR
23	Ac. Anti ENA
24	Ac. Anti Epstein Barr Ag nuclear IgG
25	Ac. Anti Espermatozoides IgA, IgG E IgM
26	Ac. Anti Fosfolípidos
27	Ac. Anti Helicobacter pylori IgG
28	Ac. Anti Helicobacter pylori IgM en suero
29	Ac. Anti Hepatitis D

LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA S.A. DE C.V.

**FOLIO 01526**



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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

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

PARTIDA 3 UMAA N° 242					
PRESTADOR DEL SERVICIO:		OPERADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LUCÍA, S.A. DE C.V.			
PARTIDA	PRECIO UNITARIO ASIGNADO SIN IVA	N° DE SESIONES		IMPORTES ASIGNADAS	
		MÍNIMO	MAXIMO	MÍNIMO	MAXIMO
3	\$1,537.00	1,312	3,280	\$2,016,544.00	\$5,041,360.00
IVA 16%				\$322,647.04	\$806,617.60
TOTAL				\$2,339,191.04	\$5,847,977.60
Monto mínimo sin IVA	\$2,016,544.00	Monto máximo sin IVA			\$5,041,360.00
Monto mínimo con IVA	\$2,339,191.04	Monto máximo con IVA			\$5,847,977.60
Vigencia del contrato	Del 1 de junio al 16 de junio 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. SEIA24311604-0086

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024

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. SEIA24311604-0086**

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

**AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024**

**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 indivisible, de estipularse que es divisible, la "Afianzadora" pagará de forma proporcional el monto de la o las obligaciones incumplidas.

#### **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



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. SEIA24311604-0086**

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

**AA-50-GYR-050GYR014-T-324-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para lo cual bastará que el fiado exhiba a la "Afianzadora" dichos documentos expedidos por "la Contratante".

El aplazamiento derivado de la interposición de recursos administrativos y medios de defensa legales, no modifica o altera el plazo de ejecución inicialmente pactado, por lo que subsistirán inalterados los términos y condiciones originalmente previstos, 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 subjúdice, en virtud de procedimiento ante autoridad judicial, administrativa o tribunal arbitral, salvo que el fiado obtenga la suspensión de su ejecución, ante dichas instancias.

La "Afianzadora" 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 -----