



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. SEIA24311604-0065

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO ABIERTO PARA EL **SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, PARA EL H.G.Z. N° 28 MARTINEZ DE LA TORRE, VER., DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RÉGIMEN ORDINARIO, DURANTE EL PERIODO DEL 16 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DEL EJERCICIO 2024,** CON CARÁCTER INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE LOS TRATADOS QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN ADELANTE "EL INSTITUTO", REPRESENTADO POR EL **DR. JORGE MARTINEZ TORRES**, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE Y APODERADO LEGAL, Y, POR LA OTRA, **SERVICIOS MEDICOS Y DE EQUIPAMIENTO, S.A. DE C.V. EN LO SUCESIVO "EL PROVEEDOR"**, REPRESENTADA POR EL **C. ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ**, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, A QUIENES DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ "**LAS PARTES**", AL TENOR DE LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

### DECLARACIONES

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

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

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

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

I.4 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.



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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

**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-191-2024**, 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 **15 de abril 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 **000023591-2024**, de fecha 09 de abril 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.9 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 Escritura Pública número **21,675** de fecha **23 de Agosto del 2006**, pasada ante la fe del Licenciado **José Ortiz Girón**, Titular de la Notaría Pública número **113** de **Nezahualcóyotl, Estado de México**, e inscrita en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio de **Tlalnepantla, Estado de México**, en el folio mercantil número **16945\*9**, bajo la denominación **"SERVICIOS MÉDICOS Y DE EQUIPAMIENTO, S.A. DE C.V."**, cuyo objeto social es, entre otros, **I.-La compra, venta, servicio, capacitación, asesoría, consultoría, maquila, comercialización, importación, exportación y distribución de todo tipo de artículos y aparatos relacionados con el servicio médico y de cómputo, así como de los bienes y productos demandados y II.- el servicio médico general y de especialidades.**

II.2 El C. **Alberto González Fernández**, 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 **21,675** de fecha **23 de Agosto del 2006**, pasada ante la fe del Licenciado **José Ortiz Girón**, Titular de la Notaría Pública número **113** de **Nezahualcóyotl, Estado de México**, 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

	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. SEIA24311604-0065</b>	ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS ELECTRÓNICA  <b>AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024</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 **SME-060823-1D6** con Registro Patronal [REDACTED] y número de Proveedor 0000118147.

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 **Av. Pino Suarez No. 2027, Colonia Las Haciendas, C.P. 52140, Metepec, Estado de México, con correo electrónico: alberto.gonzalez@serme.com.mx**, 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:

	<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. SEIA24311604-0065</b></p>	<p style="text-align: center;">ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS ELECTRÓNICA</p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024</b></p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</p>
---	---	--

<b>Anexo 1 (uno)</b>	"Certificado de Disponibilidad Presupuestal Previo, Anexo Técnico y Términos y Condiciones"
<b>Anexo 2 (dos)</b>	"Propuesta Técnica de <b>"El Proveedor"</b> y asignación"
<b>Anexo 3 (tres)</b>	"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 **\$1,408,479.50 (UN MILLON CUATROCIENTOS OCHO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS 50/100 M.N.)** más impuestos por \$225,356.72 (DOSCIENTOS VEINTICINCO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS 72/100 M.N.) y un monto máximo de **\$3,520,377.00 (TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS 00/100 M.N.)**, más impuestos que asciende a \$563,260.32 (QUINIENTOS SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS SESENTA PESOS 32/100 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

	<p style="text-align: center;"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b>  <b>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE</b>  <b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b>  <b>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0065</b></p>	<p style="text-align: center;"> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL</b>  <b>BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS</b>  <b>ELECTRÓNICA</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024</b></p> <p style="text-align: center;"> <b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE</b>  <b>HEMODIALISIS SUBROGADA</b> </p>
---	--	--

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

	<p style="text-align: center;"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b>  <b>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE</b>  <b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b>  <b>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0065</b></p>	<p style="text-align: center;"> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL</b>  <b>BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS</b>  <b>ELECTRÓNICA</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024</b></p> <p style="text-align: center;"> <b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE</b>  <b>HEMODIALISIS SUBROGADA</b> </p>
---	--	--

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 **16 de abril de 2024 al 31 de mayo 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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

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.



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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

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. SEIA24311604-0065</b></p>	<p style="text-align: center;">ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS          ELECTRÓNICA</p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024</b></p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE          HEMODIALISIS SUBROGADA</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 Domínguez No. 15, Colonia Adalberto Tejeda, C.P. 91070, Xalapa, Veracruz, la cual llevará a cabo el procedimiento para la liberación y entrega de fianza.

**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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

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.

	<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. SEIA24311604-0065</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-191-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE          HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p>
---	---	---

En ningún caso las deducciones podrán negociarse en especie.

El Administrador del Contrato será el responsable de calcular, aplicar y dar seguimiento a las penas convencionales y deducciones, según sea el caso, así como de notificarlas al participante adjudicado para que éste realice el pago correspondiente y le notifique las deducciones que en su caso se haya hecho acreedor. Las deducciones no podrán exceder del 10% del monto máximo total del contrato.

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

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

Concepto	Niveles de servicio	Unidad de medida para la deducción	Deducción	Límite de incumplimiento motivo de rescisión del contrato	Responsable de reportar el incumplimiento	Administrador del contrato será Responsable del cálculo, notificación de la deducción
La transición del acceso vascular temporal por un acceso vascular definitivo para los pacientes con permanencia en el programa, no deberá ser por un tiempo mayor de:	3 (tres) meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada.	Falta en el cambio, a algún paciente(s) del acceso vascular temporal por el definitivo en el plazo establecido	El 5% sobre el valor total de la factura mensual más el IVA, cuando ocurra que a algún paciente(s) no se le haya realizado el cambio.	El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato	Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en OOAD o Jefe de Servicio o Director Médico en UMAE	Coordinador de Prevención y atención a la salud.
Reporte de laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010  La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.	Resultados de análisis bacteriológico dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010	Cumplir con las especificaciones de la calidad del agua de acuerdo con la NOM-003-SSA3-2010	5% sobre el valor total de la factura mensual más IVA.	El límite de la deducción será de hasta el 10% del monto máximo del contrato	Jefe de Servicio de Nefrología, de Medicina Interna O Director de Unidad Médica en OOAD o Jefe de Servicio o Director Médico en UMAE	Coordinador de Prevención y atención a la salud.
Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de	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  <b>AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024</b>  SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA
	<b>CONTRATO No. SEIA24311604-0065</b>	

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;"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b>  <b>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE</b>  <b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b>  <b>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0065</b></p>	<p style="text-align: center;"> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL</b>  <b>BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS</b>  <b>ELECTRÓNICA</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE</b> <b>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</p> <p>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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

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 de los gastos no recuperables previa solicitud y acreditamiento, 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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

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

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

**CONTRATO No. SEIA24311604-0065**

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 supuesto, **"El Instituto"** elaborará un dictamen en el cual justifique que los impactos económicos o de operación que se ocasionarían con la rescisión del contrato resultarían más inconvenientes.

	<p style="text-align: center;"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b>  <b>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE</b>  <b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b>  <b>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0065</b></p>	<p style="text-align: center;"> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL</b>  <b>BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS</b>  <b>ELECTRÓNICA</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE</b> <b>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p>
---	--	---

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 respectivas como medios alternativos de solución de controversias, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de abril de 2016.

	<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. SEIA24311604-0065</b></p>	<p style="text-align: center;">ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS          ELECTRÓNICA</p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024</b></p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE          HEMODIALISIS SUBROGADA</p>
---	---	---

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.**

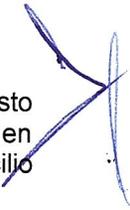
“**Las Partes**” señalan como sus domicilios legales para todos los efectos a que haya lugar y que se relacionan en el presente contrato, los que se indican en el apartado de Declaraciones, por lo que cualquier notificación judicial o extrajudicial, emplazamiento, requerimiento o diligencia que en dichos 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.

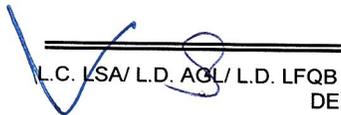
**TRIGÉSIMA SEGUNDA. LEGISLACIÓN APLICABLE.**

“**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 Xalapa, Veracruz, renunciando expresamente al fuero que pudiera corresponderles en razón de su domicilio actual o futuro.



  
 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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

**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 **15 de abril 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 MARTINEZ TORRES**

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

EL PROVEEDOR”  
**SERVICIOS MÉDICOS Y DE EQUIPAMIENTO,  
S.A. DE C.V.**  
RFC: **SME-060823-1D6**

**C. ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ**  
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**

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]



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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

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 PREBUDGETAL EN EL MÓDULO DE CONTROL DE COMPROMISOS

SOLICITUD: 0000023691 - 2024

Dependencia Solicitante: D0031 Delegación Veracruz Norte  
 SEI Servicios Integrales  
 31020020 M OFNAS. ADMINISTRATIVAS

Descripción:

Servicio: Hemodiálisis Extramuros

Fecha Impresión: 09/04/2024 Fecha Validación: 09/04/2024

Total Comprometido (en pesos): \$ 30,000,000.00 Cuenta: 42051604 Partida presupuestaria: 33001 Subcontratación de servicios con terceros

COMPROBANTE DE VALIDACIÓN (SEI) 04/09/2024											
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
0.0	0.0	0.0	0.0	17,000.00	13,000.00	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 PRE-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 anterior con fundamento en los artículos 35 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, 25 y 45 fracción III de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 24 y 46 fracción III de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, 8°, 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: TREINTA MILLONES PESOS 00/100 MN \$ 30,000,000.00

C.P. LUCIO SANCHEZ AGUILAR

JEFE DEL DEPTO. DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE 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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

## Servicio Médico Integral de Hemodiálisis Subrogada Anexo Técnico

### Glosario de Términos

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

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

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

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

**Área 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

**CUCOP:** Clasificador Único de Contrataciones Públicas

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

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

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

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

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

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

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

	<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. SEIA24311604-0065</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-191-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p>
---	---	--

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**OOAD:** Órganos de Operación Administrativa Desconcertada (Delegaciones 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;"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b>  <b>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE</b>  <b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b>  <b>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0065</b></p>	<p style="text-align: center;"> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL</b>  <b>BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS</b>  <b>ELECTRÓNICA</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE</b> <b>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

	<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. SEIA24311604-0065</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-191-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE          HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p>
---	---	---

- 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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

**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 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).

#### 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.



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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

- 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;"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b>  <b>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE</b>  <b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b>  <b>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0065</b></p>	<p style="text-align: center;"> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL</b>  <b>BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS</b>  <b>ELECTRÓNICA</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE</b> <b>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



	<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. SEIA24311604-0065</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-191-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p>
---	---	--

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

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

	<p style="text-align: center;"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b>  <b>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE</b>  <b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b>  <b>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0065</b></p>	<p style="text-align: center;"> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL</b>  <b>BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS</b>  <b>ELECTRÓNICA</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE</b> <b>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p>
---	--	---

### 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 y de la NOM-003-SSA3-2010 "Para la práctica de hemodiálisis". Cabe resaltar que mientras no se cumpla con las condiciones de la prestación del servicio establecidas en este documento, el Instituto no dará por aceptado el servicio y se aplicarán las penas convencionales o deducciones correspondientes, el Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas en las OOAD y Director Médico en las UMAE serán los encargados de notificar por escrito al administrador del contrato en caso de incumplimiento de las especificaciones técnico médicas solicitadas en el presente documento.

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

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



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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

**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. SEIA24311604-0065</b></p>	<p style="text-align: center;">ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL          BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS          ELECTRÓNICA</p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024</b></p> <p style="text-align: center;">SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE          HEMODIALISIS SUBROGADA</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 **T12** (TI dos) Acuerdo de Confidencialidad, en el cual se establece que en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá hacer uso de la información puesta a su disposición o generada durante y posterior a la vigencia de este contrato para un fin distinto al establecido en su objeto y en el presente documento, sujetándose a las del sistema y soporte, responsabilidades económicas, penales y de cualquier otra índole a instancia del Instituto que deriven del incumplimiento de este acuerdo.

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

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

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

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

**d) Pruebas de funcionalidad**

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

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..

	<p style="text-align: center;"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b>  <b>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE</b>  <b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b>  <b>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0065</b></p>	<p style="text-align: center;"> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL</b>  <b>BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS</b>  <b>ELECTRÓNICA</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE</b> <b>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p>
---	--	---

### 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 16 de abril al 31 de mayo 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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

**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 si 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 procesamiento 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 HEMODIALISIS 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

**CONTRATO No. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

**ANEXO T0 (T-cero) Oferta Técnica**

**Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada**

Participante:

<b>Unidad de Hemodiálisis Subrogada</b>	_____
<b>Domicilio:</b>	_____
	<b>C.P.:</b> _____
	<b>Teléfono:</b> _____ <b>Ext:</b> _____
<b>Municipio/Alcaldía:</b>	_____ <b>Estado:</b> _____
<b>Horario de Atención:</b>	_____

<b>Nombre Médico Nefrólogo:</b>	_____
<b>Número de Cédula Profesional</b>	_____

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	
	Total	Sero positivo	Sero negativo
b) Número de máquinas de Hemodiálisis			

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

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



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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

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>					



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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

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

**Normatividad**

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

	Si	No	Número de Folio
Aviso de Funcionamiento			
Licencia Sanitaria			

Responsable Sanitario	Nombre	Número de Folio
De la Unidad de Hemodiálisis		

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

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

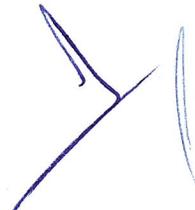
\_\_\_\_\_

	<p style="text-align: center;"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b>  <b>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE</b>  <b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b>  <b>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0065</b></p>	<p style="text-align: center;"> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL</b>  <b>BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS</b>  <b>ELECTRÓNICA</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE</b> <b>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p>
---	--	---

**Formato de Oferta**  
**Servicio de Hemodiálisis Subrogada**

**Instrucciones de llenado:**

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





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

CONTRATO No. SEIA24311604-0065

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

ANEXO T0 (T-cero)

Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada

Participante:

1 Unidad de Hemodiálisis Subrogada \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Ext: \_\_\_\_\_

Municipio/Alcaldía: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Horario de Atención: \_\_\_\_\_

2

Nombre Médico Nefrólogo: \_\_\_\_\_

Número de Cédula Profesional \_\_\_\_\_

3

Unidad de Hemodiálisis Subrogada

Total m<sup>2</sup>

Se ubica dentro de un  
Hospital

a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis  
(anexar copia del croquis del área gris)

Si

No

Máquinas de Hemodiálisis

b) Número de máquinas de Hemodiálisis

Total

Sero  
positivo

Sero  
negativo

4

Equipamiento

Marca (s):

Modelo (s):

Máquina de Hemodiálisis

Sistema de tratamiento de agua

Equipo de reprocesamiento automático de  
dializadores (en caso de usarlo)

5

Cuenta con:

Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General  
(Anexar documento)

No Certificado



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

**CONTRATO No. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

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

<b>6</b>	<b>Servicios al paciente</b>		
	<b>El servicio incluye:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
	Colocación de acceso vascular permanente y mantenerlo funcional		
	Realización de estudios de laboratorio con la periodicidad solicitada		

<b>7</b>	<b>Servicios de traslado</b>			
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Propio</b>	<b>Subrogado</b>
	Cuenta con servicio de traslado en ambulancia			

<b>8</b>	<b>Otros Servicios</b>			<b>Si</b>	<b>No</b>	
	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.						

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

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

**CONTRATO No. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

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

**CONTRATO No. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

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	HGZ	28	MARTINEZ DE LA TORRE, VER	857	2,142

**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)	(Hemodiálisis Subrogada)	(Del 26 al 25 de cada mes )	(Año)
Razón Social	05	Coahuila	HGZMF	16	050901022151	No. Contrato	NNNN.dd	NNNNN	HS	11	2020

**DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS**

No.	TIPO	No.	LOCALIDAD	DOMICILIO	DIRECTOR	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
1	H.G.Z	28	Martínez de la Torre	Av. Soledad N° 817, Col. Independencia, C.P. 93610, Martínez de la Torre, Ver.	Dr. Alejandro de la Barrera Ramos	alejandro.delabarred@imss.gob.mx	232 324 0462



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-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0065

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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS		FOLIO: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">2</span>	
SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-30-2/03)			
1 DELEGACIÓN/UMAE _____		Fecha: _____ <small>DÍA MES AÑO</small>	
4 UNIDAD MÉDICA: _____ CLAVE PRESUPUESTAL: _____ TIPO Y NÚMERO: _____ LOCALIDAD: _____		PACIENTE: 5 NOMBRE: _____ SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
6 SERVICIO QUE DERIVA: NOMBRE: _____ DIRECCIÓN: _____		No. DE SEGURIDAD SOCIAL _____ AGREGADO CURP: _____	
TIPO DE SERVICIO: ORDINARIO: <input type="checkbox"/> 7 URGENCIA: <input type="checkbox"/> MOTIVO DE SUBROGACIÓN: 8 CS <input type="checkbox"/> FP <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> FI <input type="checkbox"/>		9 RAMO DE SEGURO QUE SE AFECTA: RT <input type="checkbox"/> EG <input type="checkbox"/> MAT <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> PEND <input type="checkbox"/> Spf AM <input type="checkbox"/>	
		10 TIPO DE SUBROGACIÓN ÚNICA <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE <input type="checkbox"/> HEMODIÁLISIS SUBROGADA <input type="checkbox"/>	
		11 VIGENCIA DE DERECHOS	
12 DIAGNOSTICO(S) Y RESUMEN CLÍNICO:			
13 GRUPO A SUBROGAR: 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 CANTIDAD _____ ESPECIFICAR _____			
15 PROVEEDOR NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____ RFC: _____ DOMICILIO: _____ TEL: _____ CONTRATO No. _____ VIGENCIA DEL: _____ AL: _____			
16 ELABORÓ NOMBRE: _____ MATRÍCULA: _____ FIRMA _____		17 Vo. Bo. JEFE DE SERVICIO NOMBRE: _____ MATRÍCULA: _____ FIRMA _____	
		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"/> PARENTESCO _____ DIRECCIÓN: _____ TEL: _____ FECHA: _____ FIRMA: _____			



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

CONTRATO No. SEIA24311604-0065

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

## 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.

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. SEIA24311604-0065

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024

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 y especificar la temporalidad del tratamiento, para fines de este tratamiento se entenderá por TEMPORAL al paciente que es referido para ser tratada por un tiempo máximo de 12 semanas; y DEFINITIVO al paciente que es referido para recibir tratamiento de manera permanente, en cuyo caso el formato ampara desde la fecha de envío hasta el último del 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. SEIA24311604-0065

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

Anexo 2 (dos)

PROPUESTA TÉCNICA "EL PROVEEDOR" Y ASIGNACION



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

20

ANEXO TÉCNICO

"ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS"

A) LAS CARACTERÍSTICA DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS: SISTEMA DE HEMODIÁLISIS PARA USO EN NEONATO, PEDIÁTRICO Y ADULTO

Ciudad de Xalapa, a 11 de abril de 2024

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

<b>NOMBRE GENERICO</b>	SISTEMA DE HEMODIALISIS PARA USO EN NEONATO, PEDIATRICO Y ADULTO																
<b>CLAVE:</b> 531.340.0169	<b>ESPECIALIDAD (ES):</b>	Nefrología	<b>SERVICIO (S):</b>	Hospitalización. Unidad de Hemodiálisis													
<b>Definición CSG.</b>	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.																
<b>Descripción</b>	<b>Propuesta del Licitante</b>																
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.																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>Se oferta:</b></td> </tr> <tr> <td><b>Se oferta:</b></td> <td>Maquina de hemodialisis DIALOG+</td> </tr> <tr> <td><b>Marca:</b></td> <td>B-Braun</td> </tr> <tr> <td><b>Modelo:</b></td> <td>Dialog+ Evo Bicart</td> </tr> <tr> <td><b>Código:</b></td> <td>710200C</td> </tr> <tr> <td><b>Registro Sanitario</b></td> <td>2185E2012SSA</td> </tr> <tr> <td><b>Referencias:</b></td> <td>Manual de usuario Dialog+ Portada, Pag 1</td> </tr> </table>				<b>Se oferta:</b>		<b>Se oferta:</b>	Maquina de hemodialisis DIALOG+	<b>Marca:</b>	B-Braun	<b>Modelo:</b>	Dialog+ Evo Bicart	<b>Código:</b>	710200C	<b>Registro Sanitario</b>	2185E2012SSA	<b>Referencias:</b>
<b>Se oferta:</b>																	
<b>Se oferta:</b>	Maquina de hemodialisis DIALOG+																
<b>Marca:</b>	B-Braun																
<b>Modelo:</b>	Dialog+ Evo Bicart																
<b>Código:</b>	710200C																
<b>Registro Sanitario</b>	2185E2012SSA																
<b>Referencias:</b>	Manual de usuario Dialog+ Portada, Pag 1																
1.- Máquina de hemodiálisis con tecnología basada en microprocesadores.	1.- Máquina de Hemodiálisis Marca B-Braun con tecnología basada en microprocesadores.																



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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

21

	Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: Portada, 15-10
2.- Con capacidad de administración de datos a través de un sistema de cómputo.	2.- Con capacidad de administración de datos a través de un sistema de cómputo (Sistema de Información) Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 10-39
3.- Que trabaje con bicarbonato en polvo, cartucho o en solución (para uso no parenteral.)	3.- Que trabaje con bicarbonato en polvo, cartucho o en solución (para uso no parenteral). Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 2-4, 2-23, 4-9, 4.19
<b>4.- Con control de parámetros de:</b>	<b>4.- Con control de parámetros de:</b>
4.1.- Temperatura del líquido dializante dentro del rango de 35 a 38 grados centígrados.	4.1.- Temperatura del líquido dializante dentro del rango de 35 a 39 grados centígrados. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 4-19
4.2.- Flujo del líquido dializante dentro del rango de 300 a 800 ml/min o mayor.	4.2.- Flujo del líquido dializante dentro del rango de 300 a 800 ml/min. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 4-19
4.3.- Flujo de sangre dentro del rango de 15 ml/min a 500 ml/min.	4.3.- Flujo de sangre dentro del rango de 15 ml/min a 500 ml/min. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 4-10, 10-21
4.4.- Nivel de bicarbonato programable (parcial o perfil de bicarbonato) durante el proceso de hemodiálisis dentro del rango 28 a 40 mEq/l o 28 a 40 mmol/l o 2.4 a 4 ms/cm.	4.4.- Nivel de bicarbonato programable (parcial o perfil de bicarbonato) durante el proceso de hemodiálisis dentro del rango 28 a 40 mEq/l o 28 a 40 mmol/l o 2.4 a 4 ms/cm.



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. SEIA24311604-0065**

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

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA**



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

22

	<p>Referencia: Manual de Usuario Dialog+          Página: 4-19</p>
<p>4.5.- Nivel de sodio programable durante el proceso de la hemodiálisis dentro del rango de 130 a 150 mEq/l ó 130 a 150 mmol/l o 12.8 a 15.7 ms/cm.</p>	<p>4.5.- Nivel de sodio programable durante el proceso de la hemodiálisis dentro del rango de 125 a 150 mEq/l.</p> <p>Referencia: Manual de Usuario Dialog+          Página: 4-19</p>
<p>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 3kg /h.</p>	<p>4.6.- Sistema de control de la ultrafiltración con tasa dentro del rango de 0.0 a 4 l/h.</p> <p>Referencia: Manual de Usuario Dialog+          Página: 4-21, 4-22</p>
<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 ml a 9.9 ml/h en incrementos de 0.1 ml/h .</p>	<p>4.7.- Sistema integrado de infusión para anticoagulación (bomba de heparina 0.5 ml/h a 5 ml/h). Con un flujo de infusión dentro del rango de 0.1 ml a 10 ml/h en incrementos de 0.1 ml/h.</p> <p>Referencia: Manual de Usuario Dialog+          Página: 4-16, 4-26</p>
<p><b>5.- Que cuenta dentro del sistema con alarmas críticas:</b></p>	<p><b>5- Que cuenta dentro del sistema con alarmas críticas:</b></p>
<p>5.1.- Presión arterial no invasiva</p>	<p>5.1.- Presión arterial no invasiva.</p> <p>Referencia: Manual de Usuario Dialog+          Página: 4-24, 4-25</p>
<p>5.2.- Detector de aire</p>	<p>5.2.- Detector de aire</p> <p>Referencia: Manual de Usuario Dialog+          Página: 5-5, 15-9</p>
<p>5.3.- Detector de fugas sanguíneas</p>	<p>5.3.- Detector de fugas sanguíneas</p> <p>Referencia: Manual de Usuario Dialog+          Página: 13-12</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. SEIA24311604-0065

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

23

6.- Pantalla LCD o plasma o tecnología superior integrada a la	6.- Pantalla LCD o plasma o tecnología superior integrada a la <table border="1" data-bbox="836 619 1282 756"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Usuario Dialog+</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>2-6, 2-12</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Usuario Dialog+	Página:	2-6, 2-12
Referencia:	Manual de Usuario Dialog+				
Página:	2-6, 2-12				
7.- Con capacidad de ingresar al menos tres tipos de perfiles de sodio.	7.- Con capacidad de ingresar seis tipos de perfiles de sodio. <table border="1" data-bbox="836 829 1282 913"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Usuario Dialog+</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>11-9</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Usuario Dialog+	Página:	11-9
Referencia:	Manual de Usuario Dialog+				
Página:	11-9				
<b>8.- Con despliegue en pantalla de:</b>	<b>8.- Con despliegue en pantalla de:</b>				
8.1.- Presión arterial del circuito.	8.1.- Presión arterial del circuito. <table border="1" data-bbox="836 1008 1282 1092"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Usuario Dialog+</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>5-4</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Usuario Dialog+	Página:	5-4
Referencia:	Manual de Usuario Dialog+				
Página:	5-4				
8.2.- Presión venosa del circuito.	8.2.- Presión venosa del circuito. <table border="1" data-bbox="836 1144 1282 1228"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Usuario Dialog+</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>5-4</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Usuario Dialog+	Página:	5-4
Referencia:	Manual de Usuario Dialog+				
Página:	5-4				
8.3.- Presión transmembrana.	8.3.- Presión transmembrana <table border="1" data-bbox="836 1260 1282 1344"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Usuario Dialog+</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>5-4</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Usuario Dialog+	Página:	5-4
Referencia:	Manual de Usuario Dialog+				
Página:	5-4				
8.4.- Flujo de líquido dializante.	8.4.- Flujo de líquido dializante. <table border="1" data-bbox="836 1396 1282 1480"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Usuario Dialog+</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>4-19</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Usuario Dialog+	Página:	4-19
Referencia:	Manual de Usuario Dialog+				
Página:	4-19				
8.5.- Flujo de sangre.	8.5.- Flujo de sangre (efectivo) <table border="1" data-bbox="836 1543 1282 1627"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Usuario Dialog+</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>5-4</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Usuario Dialog+	Página:	5-4
Referencia:	Manual de Usuario Dialog+				
Página:	5-4				



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. SEIA24311604-0065

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024

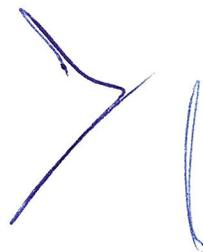
SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

24

8.6.- Tasa de infusión de heparina.	8.6.- Tasa de infusión de heparina. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 2-14, 4-23
8.7.- Tasa de ultrafiltración.	8.7.- Tasa de ultrafiltración. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 11-11, 11-13
8.8.- Conductividad del dializante.	8.8.- Conductividad del dializante. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 4-19
8.9.- Volumen de sangre procesada.	8.9.- Volumen de sangre procesada (Vol acumulado) Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 6-6
8.10.- Temperatura del líquido dializante.	8.10.- Temperatura del líquido dializante. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 4-19
8.11.- Presión arterial no invasiva del paciente (sistólica y diastólica), frecuencia cardiaca.	8.11.- Presión arterial no invasiva del paciente (sistólica y diastólica), frecuencia cardiaca (pulso) y presión arterial media (PAM) Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 5-4
8.12.- Tiempo transcurrido o restante de diálisis	8.12.- Tiempo transcurrido o restante de diálisis Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 5-4





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. SEIA24311604-0065

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

25

8.13.- Volumen de ultrafiltración conseguido.	8.13.- Volumende ultrafiltración conseguido (ya extraído) Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 10-12
9.- Con sistema de alarmas audibles y visibles de:	9.- Con sistema de alarmas audibles y visibles de:
9.1.- Presión arterial del circuito.	9.1.- Presión arterial del circuito. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-5
9.2.- Presión venosa del circuito.	9.2.- Presión venosa del circuito. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-3, 13-6
9.3.- Presión transmembrana.	9.3.- Presión transmembrana. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-12
9.4.- Flujo del líquido dializante.	9.4.- Flujo del líquido dializante. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-9
9.5.- Flujo de sangre.	9.5.- Flujo de sangre. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-20
9.6.- Ultrafiltración.	9.6.- Ultrafiltración. Referencia: Manual de Usuario Dialog+ Página: 13-12
9.7.- Conductividad.	9.7.- Conductividad.



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

**CONTRATO No. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

26

	<table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Usuario Dialog+</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>13-10</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Usuario Dialog+	Página:	13-10
Referencia:	Manual de Usuario Dialog+				
Página:	13-10				
9.8.- Temperatura del líquido dializante.	<p>9.8.- Temperatura del líquido dializante.</p> <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Usuario Dialog+</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>13-9</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Usuario Dialog+	Página:	13-9
Referencia:	Manual de Usuario Dialog+				
Página:	13-9				
9.9.- Detector de fugas sanguíneas.	<p>9.9.- Detector de fugas sanguíneas.</p> <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Usuario Dialog+</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>13-12</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Usuario Dialog+	Página:	13-12
Referencia:	Manual de Usuario Dialog+				
Página:	13-12				
9.10.- Detector de aire.	<p>9.10.- Detector de aire.</p> <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Usuario Dialog+</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>13-7</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Usuario Dialog+	Página:	13-7
Referencia:	Manual de Usuario Dialog+				
Página:	13-7				
9.11.- Falla en el suministro de agua.	<p>9.11.- Falla en el suministro de agua.</p> <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Usuario Dialog+</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>13-9</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Usuario Dialog+	Página:	13-9
Referencia:	Manual de Usuario Dialog+				
Página:	13-9				
9.12.- Falla en el suministro de energía eléctrica.	<p>9.12.- Falla en el suministro de energía eléctrica.</p> <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Usuario Dialog+</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>13-13</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Usuario Dialog+	Página:	13-13
Referencia:	Manual de Usuario Dialog+				
Página:	13-13				
9.13.- Presión arterial no invasiva.	<p>9.13.- Presión arterial no invasiva.</p> <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>M Manual de Usuario Dialog+</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>13-5</td> </tr> </table>	Referencia:	M Manual de Usuario Dialog+	Página:	13-5
Referencia:	M Manual de Usuario Dialog+				
Página:	13-5				
10.- Con sistema automático para desinfección química.	<p>10.- Con sistema automático para desinfección química.</p> <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Usuario Dialog+</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>7-11, 15-8</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Usuario Dialog+	Página:	7-11, 15-8
Referencia:	Manual de Usuario Dialog+				
Página:	7-11, 15-8				





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

**CONTRATO No. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

27

<p>11.- Con sistema automático para remoción de sales y/o sistema automatico de desinfección termica.</p>	<p>11.- Con sistema automático para remoción de sales y/o sistema automatico de desinfección termica.</p> <table border="1" data-bbox="841 625 1287 705"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Usuario Dialog+</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>7-14</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Usuario Dialog+	Página:	7-14
Referencia:	Manual de Usuario Dialog+				
Página:	7-14				
<p>12.- Gabinete con las siguientes características: superficies de material lavable, con base rodable, con sistema de frenos.</p>	<p>12.- Gabinete con las siguientes características: superficies de material lavable, con base rodable, con sistema de frenos.</p> <table border="1" data-bbox="841 804 1287 884"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Usuario Dialog+</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>2-4, 3-4, 15-3</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Usuario Dialog+	Página:	2-4, 3-4, 15-3
Referencia:	Manual de Usuario Dialog+				
Página:	2-4, 3-4, 15-3				
<p>13.- Capacidad para guardar la información del tratamiento en caso de falla de energía eléctrica.</p>	<p>13.- Capacidad para guardar la información del tratamiento en caso de falla de energía eléctrica.</p> <table border="1" data-bbox="841 957 1287 1037"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Usuario Dialog+</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>10-37</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Usuario Dialog+	Página:	10-37
Referencia:	Manual de Usuario Dialog+				
Página:	10-37				
<p>14.- Con capacidad para realizar el retorno sanguíneo en forma manual en caso de falla eléctrica.</p>	<p>14.- Con capacidad para realizar el retorno sanguíneo en forma manual en caso de falla eléctrica.</p> <table border="1" data-bbox="841 1113 1287 1192"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Usuario Dialog+</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>13-23</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Usuario Dialog+	Página:	13-23
Referencia:	Manual de Usuario Dialog+				
Página:	13-23				
<b>ACCESORIOS</b>					
<p>Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo</p>	<p>Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.</p>				
<b>CONSUMIBLES</b>					
<p>Soluciones para hemodiálisis: con concentraciones variables de calcio y potasio según requerimientos del usuario.</p>	<p>Se ofertan consumibles para la Adjudicación Directa Internacional Bajo la Cobertura Electrónica <b>AA-50-GYR-</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

**CONTRATO No. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

28

<p>Bicarbonato de sodio para preparación manual o automática (para uso no parenteral.). Líneas arterial y venosa con protector de transductor de presión, desechable y adaptable o integrado a las líneas arterial y venosa (neonatal, pediátrica, adulto). Aguja para punción de fístula arterio-venosa. Filtros para hemodiálisis o hemodializadores a partir de 0.2 m2 de cualquier material sintético. Líquido desinfectante y desincrustante según sea el caso. Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo.</p>	<p><b>050GYR014-T-102-2024</b>, para la contratación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada.</p>
<p><b>ACCESORIOS OPCIONALES</b></p>	
<p>Monitor de Kt/V</p>	<p>Nuestro equipo cuenta con monitor para medición de Kt/V en línea.  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">           No se oferta por ser de carácter opcional         </div></p>
<p>Computadora con software de hemodiálisis para obtención y administración de datos. Impresora</p>	<p>Computadora con software de hemodiálisis para obtención y administración de datos. Equipo de acuerdo al requerimiento de la ETIMSS 5640-023-004, compatible con el sistema informático de mensajería HL7</p>
<p>Impresora</p>	<p>Impresora. Se instalará equipo de acuerdo al requerimiento de la ETIMSS5640-023-004, compatible con el sistema informático de mensajería HL7</p>
<p>Sistema de preparación en línea del bicarbonato</p>	<p>Sistema de preparación en línea del bicarbonato  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           Referencia: Folleto B-Braun Avitium            Página: 2-4         </div></p>
<p>Monitor de niveles de hematocrito.</p>	<p>Monitor de niveles de hematocrito  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           Referencia No se oferta por ser de carácter opcional            Página         </div></p>
<p>Monitoreo en tiempo real de aclaramiento de la urea.</p>	<p>Monitoreo en tiempo real de aclaramiento de la urea. (KW en línea).  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           Referencia: No se oferta por ser de carácter opcional         </div></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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

29

	Página:				
<b>REFACCIONES:</b>	<b>REFACCIONES:</b>				
Según marca y modelo.	Según marca y modelo.				
Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo	Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo				
<b>INSTALACIÓN:</b>	<b>INSTALACIÓN:</b>				
Corriente eléctrica de 120V +/- 10% o 220V/60 Hz, tierra física.	Corriente eléctrica de 120V +/- 10% o 220V/60 Hz, tierra <table border="1"> <tr> <td>Referencia:</td> <td>Manual de Usuario Dialog+</td> </tr> <tr> <td>Página:</td> <td>15-3</td> </tr> </table>	Referencia:	Manual de Usuario Dialog+	Página:	15-3
Referencia:	Manual de Usuario Dialog+				
Página:	15-3				
<b>OPERACIÓN:</b>	<b>OPERACIÓN:</b>				
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.				
<b>MANTENIMIENTO</b>	<b>MANTENIMIENTO</b>				
Preventivo y correctivo por personal calificado y certificado por personal autorizado por el fabricante.	Preventivo y correctivo por personal calificado y certificado por personal autorizado de B-Braun.				

Atentamente  
  
 ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ  
 REPRESENTANTE LEGAL



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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

30

Anexo T 2 (T-dos)

**C)BIENES DE CONSUMO PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO**

Ciudad de Xalapa, a 11 de abril de 2024

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

NO.	Descripción	Propuesta del Licitante
1	Filtro para hemodiálisis o dializadores de membrana sintética y/o celulosa modificada de 0.4 m2 hasta 2.0 m2.	<p>Filtro para hemodiálisis o dializadores de membrana sintética y/o celulosa modificada de 0.4 m2 hasta 2.0 m2.</p> <p>Oferta</p> <p>HI PS 8, Superficie 0.8 m2. HI PS 10, Superficie 1.0 m2. HI PS 12, Superficie 1.2 m2. HI PS 16, Superficie 1.5 m2. HI PS 18, Superficie 1.8 m2. HI PS 20, Superficie 2.0 m2.</p> <p>Referencia: Folleto Avitum.          Marca: BBraun.          Modelos: Diacap Pro.</p> <p>LO PS 10, Superficie 1.0 m<sup>2</sup>. LO PS 12, Superficie 1.2 m<sup>2</sup>.          LO PS 16, Superficie 1.5 m<sup>2</sup>. LO PS 18, Superficie 1.8 m<sup>2</sup>.          LO PS 20, Superficie 2.0 m<sup>2</sup>.</p> <p>Referencia: Folleto Avitum.          Marca: BBraun.          Modelos: Diacap Pro.          No de Pág: 9, 10 y 11.</p> <p>Dializador Helixone®HF Clase-FX Paed, superficie 0.2 m2          Referencia: Folleto "FX paed"          Marca: Fresenius          Modelo: Helixone®HF Clase-FX Paed</p> <p>No de Pág: 1,2</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. SEIA24311604-0065

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

31

NO.	Descripción	Propuesta del Licitante
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.	<b>Juego de líneas arterial y venosa, desechable, estéril, con conectores, con o sin protectores de transductor de presión, compatible con la máquina de hemodiálisis Dialog+ B-Braun, con diferentes volúmenes de cebado para adulto y pediátrico.</b> <b>Oferta</b> <b>Referencia: Folleto Avitum.</b> <b>Marca: BBraun.</b> <b>Modelo: Sistemas A/V. 7036604</b> <b>Referencia: Folleto Avitum. No de Pág: 13.</b>

NO.	Descripción	Propuesta del Licitante
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.	<b>Acido en solución líquidos concentrados para hemodiálisis con variabilidad en concentración de potasio de 0 a 2.0 y calcio de 2.5 a 3.5 mEq/L compatible con la Máquina de Hemodiálisis Dialog+ B-Braun</b> <b>Oferta</b> <b>Referencia: Folleto Pisa.</b> <b>Marca: Laboratorios Pisa</b> <b>Modelo: Solución HM</b> <b>Referencia: Folleto Pisa</b>

NO.	Descripción	Propuesta del Licitante
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.	<b>Bicarbonato de sodio en polvo para hemodiálisis: Para uso no parenteral, y conductividad. Compatible con la Máquina de Hemodiálisis Dialog+ B-Braun, para ácido específico</b> <b>Oferta</b> <b>Referencia: Folleto Avitum</b> <b>Marca: BBraun.</b> <b>Modelos: Sol-Cart B 650g.</b> <b>Página: Pág: 12.</b>



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. SEIA24311604-0065

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

32

NO.	Descripción	Propuesta del Licitante
5	Cánula para punción de fistula 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>Cánula para punción de fistula 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><b>Oferta</b></p> <p><b>Referencia:</b> Folleto Avitum.</p> <p><b>Marca:</b> BBraun.</p> <p><b>Modelos:</b> Aguja de Fistula. Diacan Pro.</p>

NO.	Descripción	Propuesta del Licitante
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            2 jeringas desechables            8 gasas            1 campo de tela absorbente</p> <p>Material estéril para desconexión de catéter:</p> <p>1 par de guantes            6 gasas            2 tapones de Luer Lock para catéter.</p>	<p>Material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter o fistula, según corresponda, conteniendo al menos:</p> <p><b>Oferta</b></p> <p><b>Material estéril para conexión de catéter:</b></p> <p><b>2 pares de guantes</b>            Referencia: Registro Sanitario Guante de Látex Estéril y no Estéril para Exploración Ambiderm            Folleto: Catalogo Ambiderm            Marca: Ambiderm.            Modelos: Guantes de látex para exploración.            Registro sanitario: 1707C89 SSA</p> <p><b>2 jeringas desechables</b>            Referencia: Registro Sanitario Jeringa Estéril Desechable de Plástico DL            Folleto: Jeringa Estéril y Desechable            Marca: Dentilab            Modelos: Jeringa Estéril desechable de Plástico            Registro sanitario: 01166C99 SSA</p> <p><b>8 gasas</b>            Referencia: Registro Sanitario Gasas y Vendas Protec            Folleto: Degasa            Marca: Protec.            Modelos: 0190871</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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

33

<p>1 apósito especial para catéter</p> <p>Material estéril para conexión de fistula:</p> <p>1 par de guantes 5 gasas 2 campos de tela absorbente</p> <p>Material estéril para desconexión de fistula:</p> <p>1 par de guantes 6 gasas 2 apósitos circulares</p>	<p>Registro sanitario: 3309C2012 SSA</p> <p><b>1 campo de tela absorbente.</b> Registro sanitario: 0422C2016 SSA</p> <p><b>Material estéril para desconexión de catéter:</b></p> <p><b>1 pares de guantes</b> Referencia: Registro Sanitario Guante de Látex Estéril y no Estéril para Exploración Ambiderm Folleto: Catalogo Ambiderm Marca: <b>Ambiderm.</b> Modelos: <b>Guantes de látex para exploración.</b> Registro sanitario: 1707C89 SSA</p> <p><b>6 gasas</b> Referencia: Registro Sanitario Gasas y Vendas Protec Folleto: <b>Degasa</b> Marca: <b>Protec.</b> Modelos: 0190871 Registro sanitario: 3309C2012 SSA</p> <p><b>2 tapones de Luer Lock para catéter sin material antiséptico</b> Referencia: Registro sanitario Stopper B. Braun Marca: <b>B/Braun.</b> Modelos: <b>Cono y Tapón de Cierre</b> Registro sanitario: 1173C2014 SSA</p> <p><b>1 apósito especial para catéter Referencia:</b> Referencia: Registro Sanitario Hypafix/Hypafix Transparente. Folleto: <b>BSN</b> Marca: <b>BSN</b> Modelos: 71442-04, 71443-01, 71443-02 <b>Registro sanitario: 0991C2016 SSA</b></p> <p><b>Material estéril para conexión de fistula:</b></p> <p><b>1 pares de guantes</b> Referencia: Registro Sanitario Guante de Látex Estéril y no Estéril para Exploración Ambiderm Folleto: Catalogo Ambiderm Marca: <b>Ambiderm.</b> Modelos: <b>Guantes de látex para exploración.</b> Registro sanitario: 1707C89 SSA</p> <p><b>5 gasas</b></p>
---	---



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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

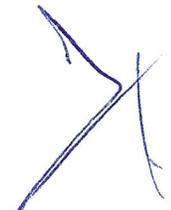


Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

34

	<p>Referencia: Registro Sanitario Gasas y Vendas Protec          Folleto: <b>Degasa</b>          Marca: <b>Protec.</b>          Modelos: <b>0190871</b>          Registro sanitario: <b>3309C2012 SSA</b></p> <p><b>2 campo de tela absorbente.</b>          Registro sanitario: <b>0422C2016 SSA</b></p> <p><b>Material estéril para desconexión de fistula</b></p> <p><b>1 pares de guantes</b>          Referencia: Registro Sanitario Guante de Látex Estéril y no Estéril para Exploración Ambiderm          Folleto: Catalogo Ambiderm          Marca: <b>Ambiderm.</b>          Modelos: <b>Guantes de látex para exploración.</b>          Registro sanitario: <b>1707C89 SSA</b></p> <p><b>6 gasas</b>          Referencia: Registro Sanitario Gasas y Vendas Protec          Folleto: <b>Degasa</b>          Marca: <b>Protec.</b>          Modelos: <b>0190871</b>          Registro sanitario: <b>3309C2012 SSA</b></p> <p><b>2 apósitos circulares</b>          Referencia: Registro Sanitario Leukoplast Profesional Estandar Curas          Folleto: <b>BSN</b>          Marca: <b>BSN</b>          Modelo: <b>7113900</b>          Registro sanitario: <b>1559C2016SSA</b></p>
--	--

Atentamente  
  
 ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ  
 REPRESENTANTE LEGAL





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. SEIA24311604-0065

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

35

Anexo T 2 (T-dos)

E) DESCRIPCION TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO

Ciudad de Xalapa, a 11 de abril de 2024

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

No	Descripción	Propuesta del licitante
1	Reclinables que logren un decúbito dorsal adecuado para procedimientos médicos durante la sesión.	1.- Reclinables que logren un decúbito dorsal adecuado procedimientos médicos durante la sesión. Marca: Drive Modelo: Confort Chair
2	Seguros para el paciente y personal de enfermería.	2.- Seguros para el paciente y personal de enfermería. Marca: Drive Modelo: Confort Chair
3	Vida media promedio de uso de un año.	3.- Vida media promedio de uso de un año. Marca: Drive Modelo: Confort Chair
4	De fácil limpieza.	4.- De fácil limpieza. Marca: Drive Modelo: Confort Chair
5	Ergonómicamente diseñado que permita el trendelemburg por cada máquina.	Ergonómicamente diseñado que permita el trendelemburg por cada máquina. Marca: Drive Modelo: Confort Chair
6	Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados.	Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados. Marca: Drive Modelo: Confort Chair

Atentamente

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ  
 REPRESENTANTE LEGAL



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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA**



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

36

Anexo T 2 (T-dos)

**B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES**

Ciudad de Xalapa, a 11 de abril de 2024

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

NOMBRE GENÉRICO		UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES		
CLAVE:	ESPECIALIDAD (ES)	Nefrología	SERICIO(S)	Unidad de Hemodiálisis
531.340.0227				
DEFINICIÓN CSG:	Equipo automático para lavar, desinfectar y reprocesar filtros para hemodiálisis			
Descripción:	Propuesta del Licitante:			
Equipo automático para lavar, desinfectar y reprocesar filtros para hemodiálisis.	Equipo automático para lavar, desinfectar y reprocesar filtros para hemodiálisis. <b>Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 4</b>			
1.- Equipo automático para lavar, desinfectar y reprocesar filtros para hemodiálisis.	1.- Equipo automático para lavar, desinfectar y reprocesar filtros para hemodiálisis. <b>Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 4</b>			
2.- Con interfase para conectar a una computadora, para el control y manejo de datos del dializador.	2.- Con interfase para conectar a una computadora, para el control y manejo de datos del dializador. <b>Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 15</b>			
3.- Con software para generación de código de barras.	3.- Con software para generación de código de barras. <b>Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 21</b>			
4.- Con pruebas de presión y volumen.	4.- Con pruebas de presión y volumen <b>Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 22</b>			
5.- Con capacidad para seleccionar varios programas de limpieza (esándar, altos flujos y alta eficiencia).	5.- Con capacidad para seleccionar varios programas de limpieza (esándar, altos flujos y alta eficiencia). <b>Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 18</b>			



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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

37

6.- Para usarse exclusivamente con agua grado hemodiálisis de acuerdo a lo indicado en la NOM- 003-SSA3-2010.	6.- Para usarse exclusivamente con agua grado hemodiálisis de acuerdo a lo indicado en la NOM-003-SSA3-2010. <b>Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 8</b>
7.- Con alarmas audibles y visuales para falla de volumen y presión del dializador y suministro de agua al equipo.	7.- Con alarmas audibles y visuales para falla de volumen y presión del dializador y suministro de agua al equipo. <b>Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 4</b>
8.- Impresora de etiquetas para un mejor control de los dializadores	8.- Impresora de etiquetas para un mejor control de los dializadores <b>Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 15</b>
9.- Lector de código de barras.	9.- Lector de código de barras. <b>Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 4, 24</b>
ACCESORIOS:	ACCESORIOS:
1.- Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.	1.- Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
REFACCIONES:	REFACCIONES:
1.- Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. Según marca y modelo.	1.- Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo. Según marca y modelo.
ACCESORIOS OPCIONALES:	ACCESORIOS OPCIONALES:
1.- Capacidad de conectarse a 4 estaciones. 2.- Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo	Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
CONSUMIBLES:	CONSUMIBLES:
Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo Líquido desinfectante concentrado sin formaldehído para reprocesamiento de dializadores Etiquetas autoadheribles para identificación del dializador Tiras reactivas para determinar la presencia y/o ausencia del desinfectante utilizado en el sistema de reprocesamiento de dializadores Conectores reusables para adaptación de los puertos del dializador (opcional de acuerdo a marca y modelo).	Las unidades médicas los seleccionarán de acuerdo a sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo Líquido desinfectante concentrado sin formaldehído para reprocesamiento de dializadores Etiquetas autoadheribles para identificación del dializador Tiras reactivas para determinar la presencia y/o ausencia del desinfectante utilizado en el sistema de reprocesamiento de dializadores Conectores reusables para adaptación de los puertos del dializador (opcional de acuerdo a marca y



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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA**



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

38

Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo.	modelo).
Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo.	Las cantidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades operativas de las unidades médicas, asegurando compatibilidad para la marca y modelo del equipo.
<b>INSTALACIÓN:</b>	<b>INSTALACIÓN:</b>
Corriente eléctrica 120 V+/- 10%/ 60Hz Toma de agua grado hemodiálisis de acuerdo a la NOM-003-SSA3-2010 Sistema de drenaje	Corriente eléctrica 120 V+/- 10%/ 60Hz <b>Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 7</b> Toma de agua grado hemodiálisis de acuerdo a la NOM-003-SSA3-2010 <b>Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 3</b> Sistema de drenaje <b>Manual de Usuario Renatron II: Portada, Pág. 9</b>
<b>OPERACIÓN</b>	<b>OPERACIÓN</b>
Personal especializado y de acuerdo al manual de operación	Personal especializado y de acuerdo al manual de operación
<b>MANTENIMIENTO</b>	<b>MANTENIMIENTO</b>
Preventivo y correctivo por personal calificado	Preventivo y correctivo por personal calificado

Atentamente

**ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ**  
**REPRESENTANTE LEGAL**



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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

39

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.**

Ciudad de Xalapa, a 11 de abril de 2024

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

No.	Descripción	Propuesta del licitante
1	Descripción (se describen para presentación de oferta técnica)	Descripción (se describen para presentación de oferta técnica)
2	060.345.0149 Para hemodiálisis, pediátrico. Inserción en subclavía, 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 subclavía, 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  Jeringa de 5ml, marca DL Estéril y desechable  Marca: Covidien. Modelo: Mahurkar. Folleto: Folleto Covidien Mahurkar



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. SEIA24311604-0065

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

40

3	<p>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. Adulto.          Estéril y desechable</p>	<p>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. Adulto          Estéril y desechable</p> <p>Jeringa de 5ml, marca DL Esteril y desechable</p> <p><b>Marca: Covidien. Modelo: Mahurkar.</b>  <b>Folleto: Folleto Covidien Mahurkar.</b></p>
4	<p>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 de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene:          Catéter de doble lumen.          Aguja introductora calibre 18 G.          Introductor 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>060.166.0533 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 de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene:          Catéter de doble lumen.          Aguja introductora calibre 18 g. Introductor 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.          Tipo Permcath, estéril          Jeringa de 5ml, marca DL          Esteril y desechable  <b>Marca: Covidien.</b>  <b>Modelo: Permcath.</b>  <b>Folleto: Folleto Covidien Permcath</b></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</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</p>



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. SEIA24311604-0065

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA



Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

41

	venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene: Catéter de doble lumen. Aguja introductora calibre 18 G. Introductor 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.	como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene: Catéter de doble lumen. Aguja introductora calibre 18 g. Introductor 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 Tipo Permcath, estéril <b>Jeringa de 5ml, marca DL</b> Estéril y desechable <b>Marca: Covidien.</b> <b>Modelo: Permcath.</b> <b>Folleto: Folleto Covidien Permcath</b>
6	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o pte, estéril y desechable. Longitud 40 A 60 cm., x 5, mm., de diámetro.	Injertos, tubular y anillado hemodiálisis. <b>Marca: Adnanta VXT Modelo: 22058.</b> <b>Folleto: ADVANTA VXT</b>
7	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o pte estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 6 mm., de diámetro.	Injertos, tubular y anillado hemodiálisis <b>Marca: Adnanta VXT. Modelo: 22062.</b> <b>Folleto: ADVANTA VXT</b>
8	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o pte, estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 8 mm., de diámetro.	Injertos, tubular y anillado hemodiálisis <b>Marca: Adnanta VXT. Modelo: 22064.</b>

Acentamento

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ  
 REPRESENTANTE LEGAL



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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

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	
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)		Si	No
	Total Máquinas	Sero positivo	Sero negativo
b) Número de máquinas de Hemodiálisis			
Metros Cuadrados por máquina de hemodiálisis (a/b)			
Marca (s):			
Modelo (s):			



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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

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. SEIA24311604-0065

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024

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

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIÁLISIS SUBROGADA

**CONTRATO No. SEIA24311604-0065**

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

**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**

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



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

**CONTRATO No. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

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.

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

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-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIÁLISIS SUBROGADA

**CONTRATO No. SEIA24311604-0065**

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.	

<b>POR EL INSTITUTO</b>
<b>NOMBRE Y FIRMA</b> JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS / DIRECTOR DE UMAE
<b>VERIFICADOR POR EL INSTITUTO</b>
<b>NOMBRE Y FIRMA</b>

<b>POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA</b>
<b>NOMBRE Y FIRMA</b> DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
<b>PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS</b>
<b>NOMBRE Y FIRMA</b>

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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

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	CUMPLE CON ESPECIFICACIONES (SI/NO)
ENERO				
FEBRERO				
MARZO				
ABRIL				
MAYO				
JUNIO				
JULIO				
AGOSTO				
SEPTIEMBRE				
OCTUBRE				
NOVIEMBRE				
DICIEMBRE				

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

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

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



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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

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**



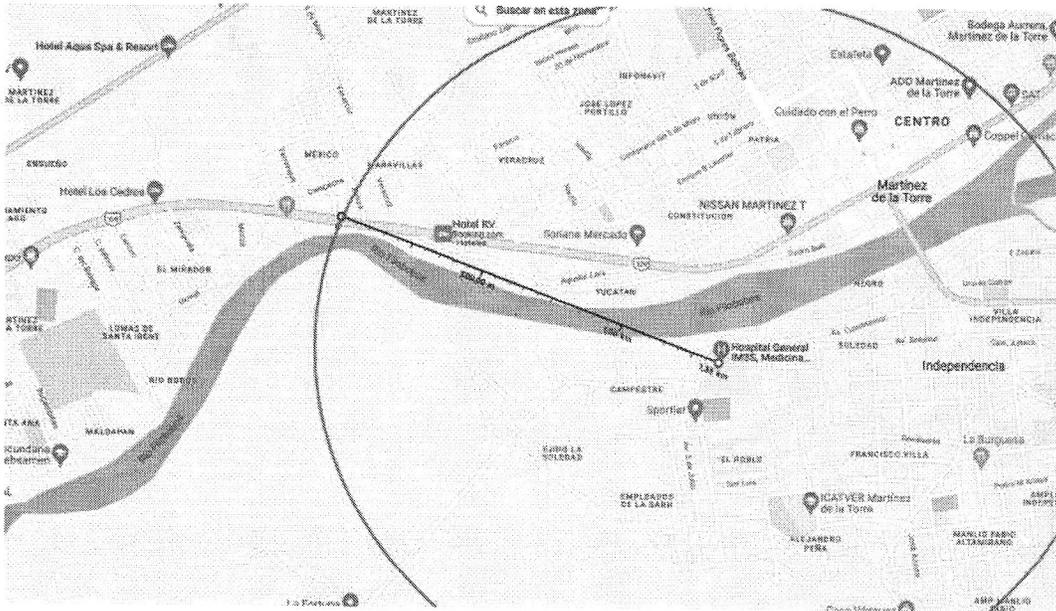
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
**CONTRATO No. SEIA24311604-0065**

**ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA**  
**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**  
**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA**

**UBICACIÓN DEL LUGAR DONDE SE PRESTARA EL SERVICIO:**

DISTANCIA ENTRE UNIDAD DE HEMODIALISIS SERME MARTINEZ DE LA TORRE A HGZMF 28  
Distancia: 1.35Km

1248/1258



**DOMICILIO EN DONDE PRESTARA EL SERVICIO EL PROVEEDOR:  
AVENIDA IGNACIO DE LA LLAVE NUMERO 808, COLONIA CENTRO, C.P. 93600,  
MARTINEZ DE LA TORRE, VER.**



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. SEIA24311604-0065

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

## -FACTURA DE AMBULANCIA PARA DAR EÑ SERVICIO DE TRASLADO

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES QUE CELEBRAN POR UNA PARTE CRUZ AMBAR A.P., A QUIEN EN LO SUCESIVO Y PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO SE DENOMINARA COMO "EL PROVEEDOR" REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR ADRIAN BONELA HERNANDEZ, Y POR LA OTRA "SERVICIOS MEDICOS Y DE EQUIPAMIENTO, S.A. DE C.V." REPRESENTADA EN EL ACTO POR EL ING. ALBERTO GONZALEZ FERNANDEZ A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "SERME" AL TENOR DE LAS SIGUIENTES

### DECLARACIONES

1. Declara "EL PROVEEDOR",

1.1 Que es una fundación de asistencia privada, legalmente constituida conforme a las leyes de la materia en términos de la escritura pública número 68,668, de fecha 08 de enero del 1981, otorgada ante la fe del notario público número 155, del Estado de México, Licenciado Pablo A. Pruneda Padilla, la cual se encuentra inscrita en el Registro Público del Estado de México en la partida número 264,410, Libro Único, de fecha 12 de enero de 1981.

1.2 Que es una persona física con actividad empresarial, con Cédula Fiscal Folio P1590845 y Registro Federal de Contribuyentes CAVH5504246K5.

1.3 Que cuenta con las facultades suficientes para celebrar el presente contrato.

1.4 Que señala como su domicilio, Av. Veracruz esquina Construcciones No. 202 Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 83000, Municipio de Martínez de la Torre, Ver.

1.5 Que la actividad principal que realiza es la prestación de toda clase de servicios relacionados con el SERVICIO DE AMBULANCIA PARA TRASLADO DE PACIENTES, y que cuenta con la capacidad e infraestructura adecuada, así como con el personal debidamente capacitado y con los conocimientos profesionales de la materia para este fin.

2. Declara "SERVICIOS MEDICOS Y DE EQUIPAMIENTO, S.A. DE C.V.,"

2.1 Que es una sociedad anónima de capital variable, legalmente constituida conforme a las leyes de la materia en términos de la escritura pública número 21,873, de fecha 23 de agosto del 2006, otorgada ante la fe del notario público número 113, del Estado de México, Licenciado José Orta Giron, la cual se encuentra inscrita en el Registro Público del Estado de México en el folio mercantil número 16945, del volumen 392, Libro Primero, de fecha 20 de diciembre de 2006.

2.2 Que el ING. ALBERTO GONZALEZ FERNANDEZ tiene las facultades suficientes para celebrar el presente contrato.

2.3 Que el domicilio legal de su representante es el ubicado en BLVD LUIS DONALDO COLOSIO No. 72 Col. México, Martínez de la Torre, Ver.

2.4 Que dentro de los objetivos se encuentra el de servicio de tratamiento sustitutivo de la función renal.

3. Declaran **AMBAS PARTES:**

Que para los efectos del presente contrato, se entenderá como:

**CLIENTES.** Las compañías o empresas con las que "SERME" tenga un contrato de mediación en la prestación de servicios médicos, así como en las que, en su momento indicara "SERME".

**USUARIOS.** La persona afiliada por cualquiera de los clientes que es autorizado por "SERME" para recibir y/o utilizar los SERVICIOS DE AMBULANCIA PARA TRASLADO DE PACIENTES objeto del presente contrato.

Exposado lo anterior, ambas partes de común acuerdo convienen en someterse a las siguientes:



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

**CONTRATO No. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
 BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
 ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

**SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA**

**CLAUSULAS**

**PRIMERA.** "EL PROVEEDOR" se obliga con "SERME" a prestarle eficaz y oportunamente los **SERVICIOS DE AMBULANCIA PARA TRASLADO DE PACIENTES** que, en lo sucesivo, "SERME" designe, los cuales serán prestados de la misma forma y calidad en que "EL PROVEEDOR" los presta al público en general y de conformidad con los lineamientos que se consignen en el presente contrato.

Los servicios consistirán en aquellos que resulten necesarios para los propósitos señalados en el párrafo anterior, incluirán enunciados y no limitativamente la atención médica inmediata profesional y diégnica, para el traslado de pacientes que, por su estado de salud requieran de dichos traslados.

**SEGUNDA.** El procedimiento para la solicitud del servicio será cuando "SERME" requiera los servicios materia del presente contrato, los solicitará en primera instancia VÍA TELEFÓNICA proporcionando un número de referencia y/o expediente para que pueda cobrar el servicio.

Para efectos del párrafo anterior, "EL PROVEEDOR" señala como sus números de fax y teléfonos, para recibir las requisiciones de los servicios que solicita "SERME" los siguientes 232 116 14 22, 232 105 09 98 y oficina 232 32 4 03 59.

"EL PROVEEDOR" se obliga a prestar los servicios a entera satisfacción de las personas que los deban recibir en los términos del presente contrato, durante las 24 horas del día de los 365 días del año y en las unidades de SERME ubicadas en Blvd Luis Donaldo Colosio No. 73, Col. México, Martínez de la Torre, Ver.

**TERCERA.** En contraprestación por los servicios materia del presente contrato "SERME" se obliga a pagar a "EL PROVEEDOR" la cantidad de \$500.00 sin el uso de oxígeno y \$700.00 con el uso de oxígeno y paciente Covid-19 \$2,500 de Serme al R.G.Z. No. 28. En caso de que el servicio se extienda a la ciudad de Toluca, Puebla la cantidad a pagar a "EL PROVEEDOR" es de \$3,000.00 sin oxígeno, \$3,500 con oxígeno y paciente Covid-19 \$6,000.00. En caso de requerir algún otro destino no establecido en el contrato se acordará en el momento de la solicitud del servicio.

**CUARTA RESPONSABILIDAD.** "EL PROVEEDOR" será el único responsable por los servicios que presta conforme al presente contrato, iniciándose esta responsabilidad en el preciso instante en que dé su aceptación por escrito o VÍA TELEFÓNICA a "SERME" de la requisición de los servicios por lo que se deberá hacer cargo del paciente en el lugar que haya sido designado, hasta que sea entregado en el lugar de su destino final según la requisición de "SERME".

Queda pactado entre las partes que si el paciente, por su estado crítico llegara a fallecer durante el traslado, "EL PROVEEDOR", deberá expedir un resumen clínico sobre el diagnóstico, evolución y tratamiento de dicho paciente durante el lapso de tiempo en que se hubieren prestado los servicios a efecto de que el médico tratante del paciente realice todos los trámites necesarios para la expedición del certificado de defunción, de conformidad con las disposiciones legales aplicables. En estos casos "EL PROVEEDOR" procederá a trasladar el cuerpo del paciente al lugar que designen las familiares del fallecido, conforme a las que señala "SERME".

**QUINTA.- INCUMPLIMIENTO POR CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR.** Para el caso de que los servicios solicitados a "EL PROVEEDOR" no se presentarán por causas no imputables a éste o causas de fuerza mayor, o bien porque el paciente hubiese sido trasladado antes por cualquier otro medio, o no se encontrara en el lugar especificado al momento de solicitar los servicios no procederá ninguna responsabilidad para "EL PROVEEDOR".

**SEXTA.- VIGENCIA DEL CONTRATO.** El presente contrato tendrá una vigencia 1 año a partir de la fecha de la firma, pudiendo cualquiera de las partes darlo por terminado con previo aviso por escrito que dé una a la otra con 30 (treinta) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento, sin necesidad de resolución judicial. En tanto como subsista la terminación del presente contrato, "EL PROVEEDOR" seguirá obligado a proporcionar los servicios a "SERME".

"EL PROVEEDOR" no obliga a resarcir a "SERME" de responsabilidad física, laboral y de seguridad social por incumplimiento de la obligación en esta clausula, así como de quejas y reclamaciones que pudieran hacer dicho personal, aún después de haber terminado la vigencia del presente contrato.



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-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
 HEMODIALISIS SUBROGADA

**CONTRATO No. SEIA24311604-0065**

**SEPTIMA.- LICENCIAS Y PERMISOS.** "EL PROVEEDOR" se obliga a obtener las licencias, permisos u cualquier autorización de las autoridades o de las dependencias oficiales correspondientes para presentar los servicios materia del presente contrato, debiendo cumplir siempre con las disposiciones legales aplicables.

**OCTAVA.- RECLAMACIONES DE USUARIOS.** "EL PROVEEDOR" deberá responder y dar solución expedita, bajo su exclusivo cargo y responsabilidad a cualquier reclamación, queja, demanda o denuncia de los usuarios de los servicios materia del presente contrato, por lo que desde ahora se conviene que no obstante que dichos usuarios contratarán los servicios directamente con "SERME", "EL PROVEEDOR" quedará obligado a responder y dar solución con sus propios recursos a dichas reclamaciones, quejas, demandas o denuncias y a sacar en paz y a salvo a "SERME".

**NOVENA.- JURISDICCION Y COMPETENCIA.** Las partes manifiestan que en este contrato no existe ningún vicio del consentimiento que pudiera invalidarlo y para la interpretación y cumplimiento del presente contrato, las partes expresamente se someten a la jurisdicción de los tribunales competentes y leyes aplicables en el estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, renunciando al efecto a cualquier otro fuero que por razón de su domicilio presente o futuro pudiere corresponderles.

Leído que fue el presente contrato y enteradas las partes de su contenido y alcance legal, firman el presente contrato en Martínez de la Torre, Veracruz a 26 de diciembre de 2023.

SERVICIOS MEDICOS Y DE EQUIPAMIENTO S.A. DE C.V.

EL PROVEEDOR

ING. ALBERTO GONZALEZ FERNANDEZ

ADRIAN BONILLA HERNANDEZ

REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL



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. SEIA24311604-0065

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

## -SERVICIO DE LABORATORIO

956/1258

### CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

#### PERSONAS MORALES

Contrato de prestación de servicios de maquila, que celebran por una parte Auer Laboratorios S.A de C.V con domicilio fiscal en Av Pino Suarez 2027 Las Haciendas Metepec Estado de México CP 50190, a quien en lo sucesivo se le denominara como "EL MAQUILADOR" representado en este acto por la C. Edna Cintia González Marin en su carácter de representante legal y por otra parte Servicios Médicos y de Equipamiento S.A. de C.V. con domicilio fiscal ubicado en calle Convento de Santa Isabel número 11 Colonia Jardines de Santa Mónica Tlalnepantla de Baz Estado de México C.P. 54050, a quien en lo sucesivo se le denomina "EL MAQUILADO" representado en este caso por el C. Alberto González Fernández, quienes se sujetan al tenor de las siguientes declaraciones y cláusulas:

#### DECLARACIONES

1º Declara "EL MAQUILADOR" por conducto de su representante legal que:

- a) Es una sociedad mercantil, legalmente constituida conforme a las leyes mexicanas, según consta en Acta Constitutiva 94827 Vol. 2887 Folio 96088 de fecha 14 de septiembre de 2022, otorgada ante la fe del notario público No. 13 Lic Nicolas Maluf Maloff.
- b) Que se encuentra inscrita en el Registro Federal de Contribuyentes como ALA040414LG7
- c) Cuenta con los estudios organizacionales financieros, materiales y técnicos necesarios para cumplir con las obligaciones que el presente contrato le impone, así como personal y profesionista capacitados con la ética requerida para prestar a favor de "EL MAQUILADO" los servicios ofrecidos por "EL MAQUILADOR" en adelante conjunto o individualmente identificados como "LOS SERVICIOS". Con esto asegura que cumple con todos los estándares, leyes, reglamentos y normas locales y nacionales que deba cumplir un laboratorio clínico para su operación.
- d) Que declara por conducto de su apoderado bajo protesta de decir verdad, capacidad jurídica para celebrar el presente contrato.
- e) Su domicilio fiscal en Av Pino Suarez 2027 Las Haciendas Metepec Estado de México CP 50190
- f) Es su deseo prestar "LOS SERVICIOS" de maquila a favor de "EL MAQUILADO", bajo los términos y condiciones que se describen en el presente contrato.

2º Declara "EL MAQUILADO" a través de su representante legal que:

- a) Que es una Sociedad Anónima de Capital Variable, Mexicana, legalmente constituida de acuerdo a las leyes de los Estados Unidos Mexicanos, como lo acredita la escritura pública número 21,675 de fecha 23 de agosto de 2006, otorgada ante la fe del Lic. José Ortiz Girón, Notario Público Provisional Número 113 del Estado de México y del Patrimonio Inmobiliario Federal, inscrito en el Registro Público de Comercio del Estado de México con el Folio Mercantil Electrónico no 16945-9, el 20 de diciembre de 2006.
- b) Que se encuentra inscrita en el Registro Federal de Contribuyentes como SME0608231D6
- c) Que tiene Registro Patronal ante el Instituto Mexicano del Seguro Social C6344789107.
- d) Su representante cuenta con las facultades suficientes para firmar el presente contrato, mismas que constan en la escritura Publica No. 21,675 de fecha 23 de agosto del 2006 pasada ante la fe del notario Público No. 113 Lic. José Ortiz Girón e inscrita en el registro Público de la propiedad y el comercio bajo el folio No. 16,945\*9 De fecha 20 de diciembre del 2006.
- e) Su domicilio fiscal en Convento de Santa Isabel número 11, Colonia Jardines de Santa Mónica, Tlalnepantla de Baz, Estado de México, C.P. 54050



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. SEIA24311604-0065

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

957/1258

f) Es su deseo contratar "LOS SERVICIOS" ofrecidos por el "EL MAQUILADOR" bajo los términos y condiciones que describe el presente contrato.

3° Las partes que intervienen en el presente contrato manifiestan que no existe dolo, error, mala fe y ningún otro vicio que pudiera invalidar el mismo.

Hechas las declaraciones que anteceden, las partes manifiestan que el presente contrato lo sujetan a las siguientes:

#### CLAUSULAS

**PRIMERA.** Objeto. El Objeto del presente contrato es la prestación de "LOS SERVICIOS" de maquila de los estudios clínicos y de gabinete que realiza "EL MAQUILADOR", los cuales se describen mediante lista de estudios que se agregan al presente contrato como Anexo 1.

**SEGUNDA.** Solicitud de estudios. "EL MAQUILADO" podrá requerir de conformidad a el "EL MAQUILADOR" el o los estudios que necesite de la lista señalada en el Anexo 1, previa solicitud que le presente (nombre del paciente, id, edad, sexo, estudio solicitado, espécimen, fecha y hora de la toma de muestra).

**TERCERA.** Acciones. "EL MAQUILADOR" una vez que tenga la confirmación de la solicitud, procederá a realizar lo necesario para la obtención de el o los estudios solicitados por "EL MAQUILADO".

**CUARTA.** Documentación. Con el objetivo de que se identifiquen plenamente los estudios solicitados, "EL MAQUILADOR" está obligado a proporcionar a "EL MAQUILADO" el formato orden de servicios de referencia, ya sea en medio electrónico o impreso a petición de el mismo, con la finalidad de que "EL MAQUILADO" proporcione todos los datos necesarios del paciente, así como algunos de interés del proceso de toma de muestra.

El llenado del formato de orden de servicios de referencia dependerá de las necesidades del Cliente, sin embargo, "EL MAQUILADO" tiene la completa libertad de utilizar los formatos de solicitud de estudios con que disponga.

**QUINTA.** Material. "EL MAQUILADOR" entregará el material necesario para ejecutar la toma de muestra basándose en el material necesario mencionado en el Anexo 1. El material será entregado por parte de "EL MAQUILADOR" en las instalaciones de "EL MAQUILADO" cuyas direcciones se encuentran enlistadas en el Anexo 3. Dicho material estará proliamente identificado y etiquetado para su correcta identificación y proceso, y se entregará de acuerdo con programación previamente convenida por ambas partes. Asimismo, los tubos para la toma de muestras se entregarán etiquetados respetando y llevando a cabo las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

**SEXTA.** Muestras. "EL MAQUILADO" se compromete a proporcionar a "EL MAQUILADOR" las muestras requeridas para los estudios solicitados, con las características necesarias para dichos estudios, las cuales será definido por escrito por parte de "EL MAQUILADOR". El manejo de muestras se realizará de acuerdo con instancias nacionales vigentes.

**SEPTIMA.** Recolección de muestras será de forma directa por parte de "EL MAQUILADOR" en Estado de México

La recolección se realizará por personal capacitado de acuerdo con estándares nacionales para laboratorios.

**OCTAVA.** Condiciones de muestras. Cuando las muestras han llegado a las instalaciones de "EL MAQUILADOR", serán evaluadas para comprobar que se encuentran en óptimas condiciones para los estudios solicitadas, por lo que "EL MAQUILADO" dará aviso inmediato a "EL MAQUILADO" cuando la muestra no cumpla con todas las características necesarias para ser procesadas. Siendo "EL MAQUILADO" quien determine si se procesan en las condiciones recibidas o se requiere de una nueva toma. En el caso de que sea necesaria una nueva toma será responsabilidad de "EL MAQUILADO" hacer llegar dicha muestra a las instalaciones de "EL MAQUILADOR".



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. SEIA24311604-0065

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

958/1258

**NOVENA.** Horarios para la prestación de "LOS SERVICIOS". Serán de común acuerdo por ambas partes.

**DECIMA.** Entrega de los resultados. Los resultados serán enviados por medio electrónico a la dirección de correo que "EL MAQUILADO" proporcione para dicho fin y/o físicamente (impreso) por el medio que "EL MAQUILADO" solicite, haciendo uso del personal de mensajería de "EL MAQUILADOR" o mediante el servicio de mensajería que ambas partes acuerden. La fecha límite de entrega del informe de resultado del estudio será convenido por ambas partes por escrito. "EL MAQUILADOR" dará aviso inmediato por escrito a "EL MAQUILADO" de algún retraso con la entrega de resultados.

**DECIMA PRIMERA.** Precio de "LOS SERVICIOS". "EL MAQUILADOR" exhibe lista de precios los cuales agregan al presente contrato como Anexo 1. Cualquier cambio o modificación solicitado por el "EL MAQUILADOR" o "EL MAQUILADO" de acuerdo con las condiciones del mercado, acordarán ambas partes la lista de precios, este hecho no invalida los términos del presente contrato. En caso de que exista alguna variación de precio "EL MAQUILADOR" deberá informar a "EL MAQUILADO" con 30 días naturales de anticipación de forma escrita. De no llegar a ningún acuerdo este contrato podrá darse por terminado haciéndolo saber entre las partes con 30 días naturales de anticipación.

**DECIMA SEGUNDA.** Confidencialidad. Ambas Partes manifiestan que quedan obligados a guardar estricta confidencialidad de los datos que se manejen derivado del presente contrato, entre ellos de los resultados de los estudios clínicos, sometiéndose únicamente a proporcionar información solicitada por una autoridad competente, así mismo, ambas partes asumirán mancomunadamente la responsabilidad de los resultados emitidos por "EL MAQUILADOR" es decir, "EL MAQUILADO" desde el momento de la preparación y envío de las muestras y "EL MAQUILADOR" desde el momento en que llegan a sus instalaciones, "EL MAQUILADOR" está obligado a emplear los datos personales proporcionados por "EL MAQUILADO" exclusivamente para la identificación y entrega del informe de resultados obtenidos del estudio clínico solicitado, así como para fines permitidos de acuerdo a los establecidos en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares. "EL MAQUILADOR" se reserva el derecho de comunicar por vía telefónica a "EL MAQUILADO" los resultados de estudios clínicos solicitados, salvo casos que ameritan esta acción.

**DECIMA TERCERA.** Vigencia. La vigencia del presente contrato será de 3 años a partir de la firma del mismo o podrá darse por terminado en cualquier momento a voluntad de las partes involucradas, mediante previo aviso por escrito de cualquiera de ellas, manifestando, además, las causas para solicitar dicho término con 30 días de anticipación a la fecha efectiva de su terminación. "EL MAQUILADO" informará a "EL MAQUILADO" con 30 días previos al término del presente contrato para evaluar la posibilidad de renovación o término temporal o definitivo, sin que la cancelación cause daño moral, económico o cualquier otro reclamado por las partes.

**DECIMA CUARTA.** Forma de pago. Las partes convienen que se realizará la facturación de manera mensual (mes natural) por lo que "EL MAQUILADO" se compromete a liquidar todos y cada uno de "LOS SERVICIOS" solicitados y otorgados por el "EL MAQUILADOR" dentro de los 30 días hábiles después de la entrega de la factura. El "MAQUILADOR" enviará la factura correspondiente a "LOS SERVICIOS" prestados a "EL MAQUILADO" de la forma que más convenga a ambos. "EL MAQUILADO" se compromete a realizar el pago por medio de los medios acordados por ambas partes.

**DECIMA QUINTA.** Incumplimiento. El incumplimiento de cualquiera de las partes de las obligaciones a su cargo derivadas del presente contrato, otorgan el derecho este contrato, pudiendo rescindirlo, previo aviso por escrito con un mínimo de 30 días de anticipación, a fin de que a su terminación queden cumplidas las obligaciones de ambas partes, considerando que la parte que haya incumplido pagará a la parte ofendida los daños y perjuicios que ocasione su incumplimiento, previa justificación de los mismos.

**DECIMA SEXTA.** Casos fortuitos. Ninguna de las partes involucradas será responsable o se considerará que se encuentra en incumplimiento del presente contrato; si dicho incumplimiento resulta directa o indirectamente de caso fortuito o fuerza mayor.



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-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0065

959/1258

**DECIMA SEPTIMA. Modificaciones.** Cualquier modificación a los términos y condiciones del presente contrato, deberá constar por escrito y estar firmado y en acuerdo por las partes involucradas.

**DECIMA OCTAVA. Acuerdo total.** El presente contrato sustituye en su totalidad los acuerdos y contratos previos tanto escritos como orales entre las partes involucradas, que versen sobre los mismos servicios.

**DECIMA NOVENA. Cesión.** Las partes acuerdan que no podrán ceder en todo o en parte las obligaciones y derechos derivadas del presente instrumento.

**VIGESIMA. Domicilios.** Para todos los efectos a que haya lugar, en relación con el presente contrato, las partes involucradas señalan como su domicilio convencional:

Maquilador: en Av Pino Suarez 2027 Las Haciendas Metepec Estado de México CP 50190

Maquilado: Convento de Santa Isabel número 11, Colonia Jardines de Santa Mónica, Tlalnepantla de Baz, Estado de México, C.P. 54050

Toda la correspondencia y avisos se dirigirán a estos domicilios, a menos que cualquiera de las partes comunique a la otra por escrito su cambio de domicilio, caso en el cual se harán en el nuevo domicilio.

**VIGESIMA PRIMERA. Jurisdicción.** Para la resolución de cualquier controversia que se origine con motivos de la interpretación o la ejecución del presente contrato, las partes se someten expresamente a los tribunales competentes situados en el Estado de México Municipios de Tlalnepantla de Baz. Para todo lo no previsto en el presente contrato, ambas partes se sujetarán a lo dispuesto en el Código Civil vigente para el Estado de México, en materia común y para toda La República Mexicana en materia Federal, y las demás Leyes aplicables al presente contrato.

El presente contrato fue leído y enteradas las partes involucradas de su alcance legal, dan su conocimiento, lo ratifican y se firma por duplicado en Tlalnepantla de Baz, Estado de México a 25 de enero del 2023.

MAQUILADOR

  
AUER LABORATORIOS S.A. DE C.V.  
EDNA CINTIA GONZALEZ MARIN  
REPRESENTANTE LEGAL

MAQUILADO

  
SERVICIOS MEDICOS Y DE EQUIPAMIENTO S.A. DE C.V.  
ALBERTO GONZALEZ FERNANDEZ  
REPRESENTANTE LEGAL



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-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0065

960/1258

ANEXO 1

PERFIL	PRUEBAS	PRECIO	MATERIAL
SERME-1	Química: urea, BUN, glucosa, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, AST (o TGO), urea post-tratamiento, bun post-tratamiento. BH completa	180	2 tubos para suero con gel separador, 1 tubo con EDTA, 1 jeringa de 10 ml, 1 jeringa de 5 ml y 2 agujas
SERME-1S	Química: urea, BUN, glucosa, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, AST (o TGO), urea post-tratamiento, bun post-tratamiento. ALT BH completa	192	2 tubos para suero con gel separador, 1 tubo con EDTA, 1 jeringa de 10 ml, 1 jeringa de 5 ml y 2 agujas
SERME-2	Química: urea, BUN, glucosa, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, AST (o TGO), urea post-tratamiento, bun post-tratamiento, URR, Albúmina, proteínas totales Cinética de hierro: hierro, transferrina, ferritina, UIBC, TIBC, saturación de transferrina Hepatitis: Anti-VHC, HBsAg BH completa	774	2 tubos para suero con gel separador, 1 tubo con EDTA, 1 jeringa de 10 ml, 1 jeringa de 5 ml y 2 agujas
SERME-2S	Química: urea, BUN, glucosa, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, AST (o TGO), urea post-tratamiento, bun post-tratamiento, URR, ALT, bilirrubina total, bilirrubina directa, bilirrubina indirecta. Albúmina, proteínas totales Cinética de hierro: hierro, transferrina, ferritina, UIBC, TIBC, saturación de transferrina Hepatitis: Anti-VHC, HBsAg BH completa	822	2 tubos para suero con gel separador, 1 tubo con EDTA, 1 jeringa de 10 ml, 1 jeringa de 5 ml y 2 agujas
SERME-3	Química: urea, BUN, glucosa, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, AST (o TGO), urea post-tratamiento, bun post-tratamiento, URR, Albúmina, proteínas totales Cinética de hierro: hierro, transferrina, ferritina, UIBC, TIBC, saturación de transferrina BH completa	648	2 tubos para suero con gel separador, 1 tubo con EDTA, 1 jeringa de 10 ml, 1 jeringa de 5 ml y 2 agujas
SERME-3S	Química: urea, BUN, glucosa, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, AST (o TGO), urea post-tratamiento, bun post-tratamiento, URR, ALT, bilirrubina total, bilirrubina indirecta, bilirrubina directa. Albúmina, proteínas totales Cinética de hierro: hierro, transferrina, ferritina, UIBC, TIBC, saturación de transferrina BH completa	696	2 tubos para suero con gel separador, 1 tubo con EDTA, 1 jeringa de 10 ml, 1 jeringa de 5 ml y 2 agujas
SERME-4	Química: urea, BUN, glucosa, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, AST (o TGO), urea post-tratamiento, bun post-tratamiento. Hepatitis: Anti-VHC, HBsAg BH completa	380	2 tubos para suero con gel separador, 1 tubo con EDTA, 1 jeringa de 10 ml, 1 jeringa de 5 ml y 2 agujas



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-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0065

961/1258

SERME-4S	Química: urea, BUN, glucosa, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, AST (o TGO), urea post-tratamiento, bun post-tratamiento. ALT. Hepatitis: Anti-VHC, HBsAg BH completa	392	2 tubos para suero con gel separador, 1 tubo con EDTA, 1 jeringa de 10 ml, 1 jeringa de 5 ml y 2 agujas
SERME-6	Química: urea, BUN, glucosa, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, AST (o TGO), urea post-tratamiento, bun post-tratamiento. Colesterol, triglicéridos VIH 1/2 p24 BH completa	648	2 tubos para suero con gel separador, 1 tubo con EDTA, 1 jeringa de 10 ml, 1 jeringa de 5 ml y 2 agujas
SERME-6S	Química: urea, BUN, glucosa, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, AST (o TGO), urea post-tratamiento, bun post-tratamiento. ALT, bilirrubina total, bilirrubina directa bilirrubina indirecta. Colesterol, triglicéridos VIH 1/2 p24 BH completa	696	2 tubos para suero con gel separador, 1 tubo con EDTA, 1 jeringa de 10 ml, 1 jeringa de 5 ml y 2 agujas
SERME-COMPLETO	Química: urea, BUN, glucosa, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, AST (o TGO), urea post-tratamiento, bun post-tratamiento, URR. Albúmina, proteínas totales, colesterol, triglicéridos Cinética de hierro: hierro, transferrina, ferritina, UIBC, TIBC, saturación de transferrina Hepatitis: Anti-VHC, HBsAg VIH 1/2 p24 BH completa PTH	895	2 tubos para suero con gel separador, 1 tubo con EDTA, 1 jeringa de 10 ml, 1 jeringa de 5 ml y 2 agujas
SERME-COMPLETOS	Química: urea, BUN, glucosa, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, AST (o TGO), urea post-tratamiento, bun post-tratamiento, URR. ALT, bilirrubina total, bilirrubina directa, bilirrubina indirecta. Albúmina, proteínas totales, colesterol, triglicéridos Cinética de hierro: hierro, transferrina, ferritina, UIBC, TIBC, saturación de transferrina Hepatitis: Anti-VHC, HBsAg VIH 1/2 p24 BH completa PTH	943	2 tubos para suero con gel separador, 1 tubo con EDTA, 1 jeringa de 10 ml, 1 jeringa de 5 ml y 2 agujas
SERME-PANEL	AST Anti-VHC, HBsAg VIH 1/2 p24	408	1 tubo para suero con gel separador, 1 jeringa y 1 aguja

\*Los precios no incluyen IVA

\*Se entrega reporte digital en reporte Excel autorizado por SCRME



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-191-2024

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

CONTRATO No. SEIA24311604-0065

962/1258

ANEXO 3

Domicilios donde "EL MAQUILADOR" brindará "LOS SERVICIOS" a "EL MAQUILADO":

I. ESTADO DE MEXICO

1. **UNIDAD GUSTAVO BAZ**  
Av. Monserrat N° 51 Esquina Vía Gustavo Baz, Col. Bellavista, C.P. 54080, Municipio de Tlalnepantla de Baz, Estado de México
2. **UNIDAD NEZAHUALCOYOTL**  
Av. Ángel de la Independencia N° 87, Col. Metropolitana 2ª. Sección, Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México, C.P. 57740
3. **UNIDAD TOLUCA**  
Francisco Javier Gaxiola N°, 900, Col. Morelos, Municipio de Toluca, Estado de México, C.P. 50120
4. **UNIDAD SANTA MONICA**  
Av. Convento de Santa Mónica N° 113-301, Col. Jardines de Santa Mónica, Municipio de Tlalnepantla de Baz, Estado de México, C.P. 54050
5. **UNIDAD TEPOTZOTLAN**  
Autopista México-Querétaro N° 1, Texcaca, Municipio de Tepotzotlán, Estado de México, C.P. 54800
6. **UNIDAD ZUMPANGO**  
Carretera Zumpango-Los Reyes Acozac N° 1000, Local M02, Buenavista, Municipio de Zumpango, Estado de México, C.P. 55635
7. **UNIDAD METEPEC**  
Avenida Pino Suarez No 2027, Fracc. Las haciendas, Metepec, Estado de México, C.P. 50190
8. **UNIDAD TEXCOCO**  
Avenida Prol. 2 de marzo 109, Local 01, Texcoco, Estado de México, CP 56120

II. PUEBLA

9. **UNIDAD TEHUACAN**  
Calle 1 Norte N° 600, Col. Francisco Sarabia, Tehuacán, Puebla, C.P. 75730

III. VERACRUZ

10. **UNIDAD MARTINEZ DE LA TORRE**  
Ignacio de la Llave N° 808, Col. Centro Urbano, Municipio de Martínez de la Torre, Estado de Veracruz, C.P. 93600  
Blv Luis Donaldo Colosio 72, Col. Centro Urbano, Municipio de Martínez de la Torre, Estado de Veracruz, C.P. 93607-CR-93601

IV. CHIAPAS

11. **UNIDAD TAPACHULA**  
2a. Avenida Nte. #102, Los Naranjos, Centro, 30700 Tapachula de Córdova y Ordoñez, Chis.
12. **UNIDAD TUXTLA GUTIERREZ**  
Calle 14ª. Poniente Sur N° 365, Col. La Lomita, Municipio de Tuxtla Gutiérrez, Estado de Chiapas, C.P. 29060

VIII. OAXACA

13. **UNIDAD TUXTEPEC**  
Av. 5 de Mayo No. 1316, Col. La Piragua, San Juan Bautista, Oaxaca, C.P. 68310

IX. YUCATAN

1. **UNIDAD MERIDA**  
Calle 52 415, Centro, 97000 Mérida, Yucatán



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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA  
**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**  
SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

963/1258

ANEXO 4

Centros de Proceso donde el maquilador cuenta con los permisos ante COFEPRIS correspondientes para efectuar las actividades de Laboratorio Clínico y así cumplir con las obligaciones del presente contrato.

TEPOTZOTLAN, ESTADO DE MÉXICO

Autopista México-Querétaro 1 B, Barrio Texcacoa, Municipio Tepotzotlán, Estado de México. CP 54600

TEXCOCO, ESTADO DE MÉXICO

Calle Prolongación 2 de Marzo 109 B, Zaragoza, Texcoco de Mora, Estado de México. CP 56120



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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE  
HEMODIALISIS SUBROGADA

**SERVICIOS MEDICOS Y DE EQUIPAMIENTO, S.A. DE C.V.**

PARTIDA 3 H.G.Z. N° 28 MARTÍNEZ DE LA TORRE, VER.						
PRESTADOR DEL SERVICIO ASIGNADO:		SERVICIOS MÉDICOS Y DE EQUIPAMIENTO, S.A. DE C.V.				
PARTIDA	PRECIO UNITARIO ASIGNADO SIN IVA	N° DE SESIONES		IMPORTES ASIGNADAS		
		MÍNIMO	MÁXIMO	MÍNIMO	MÁXIMO	
3	\$1,643.50	857	2,142	\$1,408,479.50	\$3,520,377.00	
				IVA 16%	\$225,356.72	\$563,260.32
				TOTAL	\$1,633,836.22	\$4,083,637.32
Clave CuCop+						
		33903-0012 Servicios integrales				
Monto mínimo sin IVA		\$ 1,408,479.50	Monto máximo sin IVA		\$3,697,875.00	
Monto mínimo con IVA		\$ 1,633,836.22	Monto máximo con IVA		\$4,289,535.00	
Vigencia del contrato		Del 16 de abril al 31 de mayo de 2024				

	<p style="text-align: center;"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b>  <b>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE</b>  <b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b>  <b>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATO No. SEIA24311604-0065</b></p>	<p style="text-align: center;"> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL</b>  <b>BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS</b>  <b>ELECTRÓNICA</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SERVICIO MEDICO INTEGRAL DE</b> <b>HEMODIALISIS SUBROGADA</b></p>
---	--	---

### 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. SEIA24311604-0065**

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL  
BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS  
ELECTRÓNICA

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

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. SEIA24311604-0065**

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

**AA-50-GYR-050GYR014-T-191-2024**

**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 subjujice, 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 -----