CONTRATO **ABIERTO** PARA LA **PRESTACIÓN DE SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, DEL 01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024,** QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL EJECUTIVO FEDERAL POR CONDUCTO DE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN LO SUCESIVO **"EL INSTITUTO",** REPRESENTADA POR EL **DR. JOSÉ LUIS ARANZA AGUILAR**, EN SU CARÁCTER DE **TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO**, DE **"EL INSTITUTO"** Y POR LA OTRA PARTE LA EMPRESA DENOMINADA **"CENTRO DE NEFROLOGÍA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA, S.A. DE C.V."** REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR LA **C. DANIELA VARGAS FUENTES**, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ **"EL PROVEEDOR",** A QUIENES EN FORMA CONJUNTA CON **"EL INSTITUTO"** SE LES DENOMINARÁ **"LAS PARTES",** AL TENOR DE LAS DECLARACIONES Y CLAUSULAS SIGUIENTES:

DECLARACIONES

1. **"EL INSTITUTO"** DECLARA QUE:

1.1 **"EL INSTITUTO"** 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.

1.2 ESTÁ FACULTADO PARA CELEBRAR LOS ACTOS JURÍDICOS NECESARIOS PARA LA CONSECUCIÓN DE LOS FINES PARA LOS QUE FUE CREADO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 251, FRACCIONES IV Y V, DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.

1.3 EL **DR. JOSÉ LUIS ARANZA AGUILAR,** CON **R.F.C. AAAL631231RHA,** EN SU CARÁCTER DE **TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO,** 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 155, FRACCIÓN XII, EN RELACIÓN CON EL ARTÍCULO 2, FRACCIÓN IV, INCISO A) DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL; SE ENCUENTRA FACULTADO PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO EN REPRESENTACIÓN DE **"EL INSTITUTO"**, DE CONFORMIDAD AL ARTÍCULO 144, FRACCIÓN XXIII DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 18 DE SEPTIEMBRE DE 2006, Y DE ACUERDO AL PODER GENERAL QUE LE FUE OTORGADO MEDIANTE ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **41,773** DE FECHA 29 DE DICIEMBRE DE 2021, OTORGADO ANTE LA FE DE LA LIC. OLGA MERCEDES GARCÍA VILLEGAS SÁNCHEZ CORDERO, TITULAR DE LA NOTARÍA PÚBLICA NÚMERO 95 DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y REGISTRADA CON EL NÚMERO DE FOLIO **97-7-31122021-124413** DE FECHA 31 DE DICIEMBRE DE 2021 ANTE EL REGISTRO PÚBLICO DE ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS, EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 25, FRACCIÓN IV, DE LA LEY FEDERAL DE LAS ENTIDADES PARAESTATALES Y DE LOS NUMERALES 5.3.16. INCISO B) Y 5.4.13 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

1.4 EL **DR. EDUARDO MONSIVÁIS HUERTERO**, JEFE DEL ÁREA DE LA COORDINACIÓN TÉCNICA DE SERVICIOS MÉDICOS INDIRECTOS, EN FUNCIONES, FUNGIÓ DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUE DIO ORIGEN AL PRESENTE CONTRATO COMO ÁREA TÉCNICA RESPONSABLE DE HABER PROPORCIONADO LOS ELEMENTOS TÉCNICOS DE ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO Y EVALUADO LAS PROPOSICIONES TÉCNICAS DE "EL PROVEEDOR", DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2, FRACCIÓN III, DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO (RLAASSP), Y NUMERALES 2.8., 4.15., 4.25., 4.39., 5.3.2. INCISO B) Y 5.3.9. INCISO B) DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

1.5 EL **DR. MARIO HERNÁNDEZ MANZANO CON R.F.C. HEMM750807993**, **TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO**, EN FUNCIONES, FUNGIÓ DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUE DIO ORIGEN AL PRESENTE CONTRATO COMO **ÁREA TÉCNICA** RESPONSABLE DE HABER PROPORCIONADO LOS ELEMENTOS TÉCNICOS DE ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO Y EVALUADO LAS PROPOSICIONES TÉCNICAS DE **"EL PROVEEDOR"**, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2, FRACCIÓN III, DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO (RLAASSP), Y NUMERALES 2.8, 4.15, 4.25, 4.39, 5.3.2 INCISO B) Y 5.3.9

INCISO B) DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

1.6 EL **L.E.M. EMMANUEL HERNANDEZ GODINEZ** CON **R.F.C. HEGE920214R56, ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO**, DE **"EL INSTITUTO"**, FUNGIÓ EN EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN COMO **ÁREA CONTRATANTE** CONFORME A LAS FUNCIONES ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 2 FRACCIÓN I DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO (RLAASSP), DE LOS NUMERALES 2.6. INCISO B), 4.13., 4.31., 4.39., 5.3 INCISO B) Y 5.3.8 INCISO B) DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

1.7 EL **DR. MARIO HERNÁNDEZ MANZANO** CON **R.F.C. HEMM750807993, TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS, DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO**, EN FUNCIONES, FUNGIÓ EN EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN DEL CUAL SE DERIVA EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO COMO **ÁREA REQUIRENTE** DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 2, FRACCIÓN II, DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO (RLAASSP), DE LOS NUMERALES 2.7., 4.24. Y 5.3.1. INCISO B) DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

1.8 DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 84, PENÚLTIMO PÁRRAFO DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO "LAASSP", SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO EL **DR. RAFAEL MONROY ARIAS, COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD DEL ORGANÓ DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO**, CON R.F.C **MOAR770717BH6** FACULTADO PARA **ADMINISTRAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES** QUE DERIVEN DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, QUIEN PODRÁ SER SUSTITUIDO EN CUALQUIER MOMENTO, BASTANDO PARA TALES EFECTOS UN COMUNICADO POR ESCRITO Y FIRMADO POR EL SERVIDOR PÚBLICO FACULTADO PARA ELLO, INFORMANDO A **"EL PROVEEDOR"** PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO, DOCUMENTO QUE SE AGREGA AL PRESENTE CONTRATO COMO **ANEXO 4 (CUATRO).**

1.9 DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 84 PENÚLTIMO PÁRRAFO DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO (RLAASSP), LOS NUMERALES 4.17., 4.24.6 Y 5.3.15 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO EL **L.E.M. EMMANUEL HERNÁNDEZ GODÍNEZ, ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO**, CON **R.F.C. HEGE920214R56,** FACULTADO PARA **AUXILIAR EN LA ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO** EN EL SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE DERIVEN DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, QUIEN PODRÁ SER SUSTITUIDO EN CUALQUIER MOMENTO, BASTANDO PARA TALES EFECTOS UN COMUNICADO POR ESCRITO Y FIRMADO POR EL SERVIDOR PÚBLICO FACULTADO PARA ELLO, INFORMANDO A **"EL PROVEEDOR"** PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO. **ANEXO 4 (CUATRO)**

1.10 LA ADJUDICACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO SE REALIZÓ MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO DE **ADJUDICACIÓN DIRECTA MIXTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS, NÚMERO AA-50-GYR-050GYR017-T-133-2024**, AL AMPARO DE LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; ARTÍCULOS 25, 26 FRACCIÓN III, 26 BIS FRACCIÓN III, 28 FRACCIÓN II, 40, 41 FRACCIÓN VII, 45 Y 47 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, **"LAASSP"**, Y LOS CORRELATIVOS DE SU REGLAMENTO, EN TÉRMINOS DEL ACTA DE NOTIFICACIÓN DE RESULTADO DE FECHA 27 DE JUNIO DE 2024, DOCUMENTO QUE SE AGREGA EN EL **ANEXO 3 (TRES).**

1.11 **"EL INSTITUTO"** CUENTA CON RECURSOS SUFICIENTES Y CON AUTORIZACIÓN PARA EJERCELOS EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO, COMO SE DESPRENDEN DEL CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO CON CUENTA NÚMERO **42061604** CON SOLICITUD NÚMERO **0000022472-2024**, DE FECHA **19 DE JUNIO DE 2024**, EMITIDO POR LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO, QUE SE AGREGA AL PRESENTE CONTRATO EN EL **ANEXO 1 (UNO).**

1.12 CUENTA CON EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES **N° IMS421231I45.**

1.13 TIENE ESTABLECIDO SU DOMICILIO EN BOULEVARD LUIS DONALDO COLOSIO NÚMERO 4604, FRACCIONAMIENTO EL PALMAR II, FRACCIÓN II, PACHUCA DE SOTO, HIDALGO, CÓDIGO POSTAL 42088 MISMO QUE SEÑALA PARA LOS FINES Y EFECTOS LEGALES DEL PRESENTE CONTRATO.

1.14 EL PRESENTE CONTRATO SE REALIZA BAJO LAS MISMAS CONDICIONES, TÉCNICAS Y ECONÓMICAS Y LEGALES DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN **LA-50-GYR-050GYR988-T-8-2024**.

2 **"EL PROVEEDOR"**, POR CONDUCTO DE SU REPRESENTANTE DECLARA QUE:

2.1 ES UNA PERSONA MORAL LEGALMENTE CONSTITUIDA SEGÚN CONSTA EN LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **93,792** DE FECHA **09 DE MAYO DE 2022**, PASADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO [redacted] TITULAR DE LA NOTARÍA PÚBLICA NUMERO **13** DEL ESTADO DE MÉXICO, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO DEL ESTADO DE HIDALGO, CON FOLIO MERCANTIL ELECTRÓNICO NUMERO **N-2022063338 DE FECHA 07 DE SEPTIEMBRE DE 2022**, DENOMINADA **CENTRO DE NEFROLOGÍA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA S.A. DE C.V.**, CUYO OBJETO SOCIAL ES, ENTRE OTROS ES LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PROFESIONAL DE LA MEDICINA EN TODAS Y CADA UNA DE SUS RAMAS Y AQUELLAS QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE RELACIONEN CON LA MEDICINA Y CON LA SALUD.

2.2 LA **C. DANIELA VARGAS FUENTES**, 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 **97,254** DE FECHA **31 DE JULIO DE 2023**, PASADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO [redacted] TITULAR DE LA NOTARÍA PÚBLICA NUMERO **13** DEL ESTADO DE MÉXICO, MISMO QUE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTA QUE NO LE HAN SIDO LIMITADO NI REVOCADO EN FORMA ALGUNA.

2.3 REÚNE LAS CONDICIONES TÉCNICAS, JURÍDICAS Y ECONÓMICAS, Y CUENTA CON LA ORGANIZACIÓN Y ELEMENTOS NECESARIOS PARA SU CUMPLIMIENTO.

2.4 CUENTA CON SU REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES **CNA220509DQ6**, ASIMISMO, CUENTA CON REGISTRO PATRONAL ANTE "**EL INSTITUTO**" NÚMERO [redacted] Y REGISTRO INFONAVIT NÚMERO [redacted]

2.5 BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, ESTÁ AL CORRIENTE EN LOS PAGOS DE SUS OBLIGACIONES FISCALES, EN ESPECÍFICO LAS PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 32-D DEL CÓDIGO FISCAL FEDERAL VIGENTE, ASÍ COMO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, ANTE EL INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES (INFONAVIT) Y EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS); LO QUE ACREDITA CON LAS OPINIONES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FISCALES Y EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SENTIDO POSITIVO, EMITIDAS POR EL SAT E IMSS, RESPECTIVAMENTE, ASÍ COMO CON LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL EN MATERIA DE APORTACIONES PATRONALES Y ENTERO DE DESCUENTOS, SIN ADEUDO, EMITIDA POR EL INFONAVIT, LAS CUALES SE ENCUENTRAN VIGENTES.

MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, NO ENCONTRARSE EN LOS SUPUESTOS DE LOS ARTÍCULOS 50 Y 60 DE LA **"LAASSP"**.

EN CASO DE QUE **"EL PROVEEDOR"** SE ENCUENTRE EN LOS SUPUESTOS SEÑALADOS ANTERIORMENTE, EL CONTRATO SERÁ NULO PREVIA DETERMINACIÓN DE LA AUTORIDAD COMPETENTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 15 DE LA **"LAASSP"**.

ASIMISMO, MANIFIESTA QUE ÉL NO DESEMPEÑA UN EMPLEO EN EL SERVICIO PÚBLICO Y QUE A PESAR DE DESEMPEÑARLO, CON LA FORMALIZACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO NO SE ACTUALIZA UN CONFLICTO DE INTERÉS, ASÍ MISMO MANIFIESTA QUE LOS DEMÁS SOCIOS O ACCIONISTAS NO DESEMPEÑAN UN EMPLEO, CARGO O COMISIÓN EN EL SERVICIO PÚBLICO, NI SE ENCUENTRAN INHABILITADOS PARA ELLO, POR TAL MOTIVO NO SE ACTUALIZA UN CONFLICTO DE INTERÉS, EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 49, FRACCIÓN IX DE LA LEY GENERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS.

CONFORME A LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 57 DE LA **"LAASSP"** 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.

MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE SUS TRABAJADORES SE ENCUENTRAN INSCRITOS EN EL RÉGIMEN OBLIGATORIO DEL SEGURO SOCIAL, Y QUE SE ENCUENTRA AL CORRIENTE EN EL PAGO DE LAS CUOTAS OBRERO PATRONALES A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LO DISPUESTO EN LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 108, 113 FRACCIÓN I Y 118 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, EN EL PRESENTE INSTRUMENTO LEGAL, SE TESTAN LOS DATOS CORRESPONDIENTES A NOMBRES Y GENERALES DE INDIVIDUOS PARTICULARES QUE NO SON REPRESENTANTES DE LAS EMPRESAS CON LAS QUE CONTRATO LA ENTIDAD CUYA DIFUSIÓN PUEDE PONER EN RIESGO LA ESFERA JURÍDICA, SOCIAL Y PERSONAL DE LA MISMA.
DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 108, 113 FRACCIÓN III Y 118 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, EN EL PRESENTE INSTRUMENTO LEGAL, SE TESTAN LOS DATOS CORRESPONDIENTES A REGISTRO PATRONAL, REGISTRO INFONAVIT DE LA PERSONA MORAL, CUYA DIFUSIÓN PUEDE PONER EN RIESGO LA ESFERA JURÍDICA, SOCIAL Y PERSONAL DE LA MISMA.

2.6 SE SEÑALA PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES PARA OÍR Y RECIBIR TODA CLASE DE NOTIFICACIONES Y DOCUMENTOS EL TELÉFONO: (55) 17982850, CORREOS ELECTRÓNICOS: daniela.vargas@cenefa.com.mx y administrador@cenefa.com.mx Y DOMICILIO UBICADO EN AVENIDA HACIENDA SANTA MARÍA TECAJETE NÚMERO 6 MANZANA V, LOTES 06, 07 Y 08, FRAY BERNARDINO DE SAHAGÚN, TEPEAPULCO, CÓDIGO POSTAL 43995, EN EL ESTADO DE HIDALGO.

3. **DE "LAS PARTES":**

3.1 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 DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, DEL 01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024**, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS EN ESTE CONTRATO Y SUS ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL MISMO.

LOS **ANEXOS** QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO, SE ENUNCIAN A CONTINUACIÓN:

ANEXO 1 (UNO) "CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO"

ANEXO 2 (DOS) "ANEXO TÉCNICO" Y "TÉRMINOS Y CONDICIONES, ANEXOS DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA"

ANEXO 3 (TRES) "PROPUESTA TÉCNICA Y ECONÓMICA DE "EL PROVEEDOR", JUNTA DE ACLARACIONES Y PRECISIONES DEL PROCEDIMIENTO DE ORIGEN, ACTA DE FALLO

ANEXO 4 (CUATRO) "DOCUMENTO DE DESIGNACIÓN DE ADMINISTRADOR Y ADMINISTRADOR AUXILIAR DE CONTRATO"

ANEXO 5 (CINCO) "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, EL **MONTO MÍNIMO** DE **$10,734,760.00 (DIEZ MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS 00/100 M.N.)** MÁS IMPUESTOS POR **$1,717,561.60** (UN MILLÓN SETECIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS SESENTA Y UN PESOS 60/100 M.N.), QUE HACE UN TOTAL DE LA CANTIDAD MÍNIMA DE **$12,452,321.60** (DOCE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS VEINTIÚN PESOS 60/100 M.N.) Y UN **MONTO MÁXIMO** DE **$22,361,300.00 (VEINTIDÓS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y UN MIL TRESCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)**, MÁS IMPUESTOS QUE ASCIENDE A $3,577,808.00 (TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS OCHO PESOS 00/100 M.N.), LO QUE DA UN TOTAL MÁXIMA DE **$25,939,108.00** (VEINTICINCO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CIENTO OCHO PESOS 00/100 M.N.), DE ACUERDO CON EL PRECIO UNITARIO QUE SE INDICAN ABAJO Y EN EL **ANEXO 03 (TRES)** DEL PRESENTE CONTRATO.

LOS PRECIOS UNITARIOS DEL PRESENTE CONTRATO, EXPRESADOS EN MONEDA NACIONAL SON:

SERVICIO SOLICITADO	PARTIDA	TIPO	NO	LOCALIDAD	PRECIO UNITARIO OFERTADO	IMPORTE	
						MÍNIMO	MÁXIMO
SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, DEL 01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	35	HGZ MF	8	CIUDAD SAHAGÚN	$1,668.24	$10,734,760.00	$22,361,300.00

EL PRECIO UNITARIO ES CONSIDERADO FIJO Y EN MONEDA NACIONAL PESOS HASTA QUE CONCLUYA LA RELACIÓN CONTRACTUAL QUE SE FORMALIZA, INCLUYENDO TODOS LOS CONCEPTOS Y COSTOS INVOLUCRADOS

EN LA PRESTACIÓN DEL **SERVICIO MÉDICO DE HEMODIALISIS SUBROGADA DEL 01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024**, 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.

LA FORMA DE PAGO SE EFECTUARÁ POR SERVICIOS DEVENGADOS CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 51 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y AL ARTÍCULO 93 DE SU REGLAMENTO, ASÍ COMO LO DETALLADO EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO Y A LO ESTABLECIDO EN EL NUMERAL 4.24.4 INCISO K) DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

EL INSTITUTO REALIZARÁ EL PAGO POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO; MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS, A TRAVÉS DEL ESQUEMA ELECTRÓNICO INTERBANCARIO QUE EL IMSS TIENE EN OPERACIÓN, A MENOS QUE EL PROVEEDOR ACREDITE EN FORMA FEHACIENTE LA IMPOSIBILIDAD PARA ELLO, PARA LO CUAL SE INSERTARÁ EN LOS CONTRATOS LO SIGUIENTE:

EL PROVEEDOR ACEPTA QUE EL IMSS LE EFECTÚE EL PAGO A TRAVÉS DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA, PARA TAL EFECTO PROPORCIONA LA CUENTA NÚMERO [redacted] CLABE [redacted] DEL BANCO [redacted] SUCURSAL [redacted] A NOMBRE DE "CENTRO DE NEFROLOGÍA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA, S.A. DE C.V."

A EFECTO DEL PÁRRAFO ANTERIOR, EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR EN LAS OFICINAS DE TESORERÍA UBICADAS EN BOULEVARD LUIS DONALDO COLOSIO NO. 4604, FRACCIONAMIENTO EL PALMAR II, FRACCIÓN II, PACHUCA DE SOTO, HIDALGO, C.P. 42088, EN HORARIO DE 8:30 A 13:00 HORAS, LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

PERSONAS MORALES:
ESCRITO LIBRE EN PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRÉSA, FIRMADO POR EL APODERADO LEGAL, DONDE SOLICITE LA INCLUSIÓN EN EL ESQUEMA DE PAGO ELECTRÓNICO DETALLANDO: DOMICILIO FISCAL, COLONIA, CIUDAD, C.P., TELÉFONO, RFC, NOMBRE DEL APODERADO LEGAL, INSTITUCIÓN BANCARIA, NÚM. DE CUENTA, PLAZA, SUCURSAL, NÚMERO DE PROVEEDOR, CLAVE INTERBANCARIA ESTANDARIZADA (CLABE), CORREO ELECTRÓNICO.

- PARA COTEJO: ORIGINAL Y COPIA DEL ESTADO DE CUENTA RECIENTE (ÚLTIMOS DOS MESES) DONDE APAREZCA LA CLABE INTERBANCARIA.
- ACTA CONSTITUTIVA Y PODER NOTARIAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, PARA ACTOS ADMINISTRACIÓN O EL QUE LE OTORGUE FACULTADES PARA FIRMAR EL CONTRATO.
- IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL APODERADO LEGAL
- RFC EMPRESARIAL
- COMPROBANTE DE DOMICILIO RECIENTE (ÚLTIMOS DOS MESES).
- EN EL CASO ESPECÍFICO DE CUENTA CON BANAMEX, POR POLÍTICA DEL BANCO, SE SOLICITA COPIA DEL PLÁSTICO DEL LADO FRONTAL, YA QUE LA NUMERACIÓN ES NECESARIA PARA INGRESAR A LA CONSULTA DE SUS TRANSFERENCIAS.

EL PAGO SE DEPOSITARÁ EN LA FECHA PROGRAMADA DE PAGO, SI LA CUENTA BANCARIA DEL PROVEEDOR ESTÁ CONTRATADA CON BANAMEX, HSBC, BANORTE, SANTANDER O SCOTIABANK, SI LA CUENTA PERTENECE A UN BANCO DISTINTO A LOS MENCIONADOS, EL IMSS REALIZARÁ LA INSTRUCCIÓN DE PAGO EN LA FECHA PROGRAMADA, Y SU APLICACIÓN SE LLEVARÁ A CABO EL DÍA HÁBIL SIGUIENTE, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO POR EL CECOBAN.

EL PAGO SE REALIZARÁ EN PESOS MEXICANOS, O EN SU CASO SE PODRÁ HACER EL PAGO EN MONEDA EXTRANJERA, SIEMPRE QUE LO INDIQUE EL PROVEEDOR AL MOMENTO DE COTIZAR LOS SERVIVCIOS. EL PAGO SE PODRÁ REALIZAR EN UNA SOLA EXHIBICIÓN O EN PAGOS PARCIALES A DECISIÓN DEL PROVEEDOR ADJUDICADO, ÚNICAMENTE POR PARTIDA COMPLETAMENTE ENTREGADA, SIEMPRE Y CUANDO SE CUENTE CON LA SUFICIENCIA PRESUPUESTAL. EL PAGO SE REALIZARÁ EN LOS PLAZOS NORMADOS POR LA DIRECCIÓN DE FINANZAS, CONFORME A EL "PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, GLOSA Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA TRÁMITE DE PAGO Y LA CONSTITUCIÓN, MODIFICACIÓN, CANCELACIÓN, OPERACIÓN Y CONTROL DE FONDOS FIJOS" HTTP://172.24.81.43/ANEXO2ADM/CONSULTA_DE_ANEXO_3LIST.PHP , SIN QUE ESTOS REBASEN LOS 20 (VEINTE) DÍAS NATURALES POSTERIORES A AQUEL EN QUE EL PROVEEDOR PRESENTE EN LAS ÁREAS FINANCIERAS, EL ORIGINAL DEL CFDI QUE REÚNA LOS REQUISITOS FISCALES, ESTABLECIDOS EN LA LEY DE LA MATERIA Y EN LA QUE SE INDIQUEN EL SERVICIO PRESTADO, NÚMERO DE PROVEEDOR, NÚMERO DE CONTRATO, NÚMERO DE FIANZA Y DENOMINACIÓN SOCIAL COMPLETA DE LA AFIANZADORA, DEBIDAMENTE VALIDADO POR EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO MISMA QUE DEBERÁ SER ENTREGADA EN EL DEPARTAMENTO DE

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 108, 113 FRACCIÓN III Y 118 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, EN EL PRESENTE INSTRUMENTO LEGAL, SE TESTAN LOS DATOS CORRESPONDIENTES A CUENTA BANCARIA, SUCURSAL, CLABE, INSTITUCIÓN BANCARIA DE LA PERSONA MORAL, CUYA DIFUSIÓN PUEDE PONER EN RIESGO LA ESFERA JURIDICA, SOCIAL Y PERSONAL DE LA MISMA.

PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y EROGACIONES, UBICADO BOULEVARD LUIS DONALDO COLOSIO NO. 4604, FRACCIONAMIENTO EL PALMAR II, FRACCIÓN II, PACHUCA DE SOTO, HIDALGO, C.P. 42088, EN HORARIO DE 8:00 A 13:00 HORAS.

REQUERIMIENTO PARA PAGO	FIRMA DE AUTORIZACIÓN EN LA FACTURA
• CONTRATO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO
• REPRESENTACIÓN IMPRESA DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL POR INTERNET (CFDI)	
• •OPINIONES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FISCALES POSITIVAS Y VIGENTES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL (IMSS) POSITIVA Y VIGENTE	

EL PROVEEDOR, QUE TENGA CUENTAS LIQUIDAS Y EXIGIBLES A SU CARGO POR CONCEPTO DE CUOTAS OBRERO-PATRONALES, CONFORME A LOS PREVISTO EN EL ARTÍCULO 40 B DE LA LEY DEL SEGURO, ACEPTA QUE EL IMSS LAS COMPENSE CON EL O LOS PAGOS QUE TENGA QUE HACERLE POR CONCEPTO DE CONTRAPRESTACIÓN POR LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS.

EN CASO DE QUE EL PROVEEDOR PRESENTE SU FACTURA CON ERRORES O DEFICIENCIAS, EL PLAZO DE PAGO SE AJUSTARÁ EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 90 DEL REGLAMENTO DE LA LAASSP.

EL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO, CONTABILIDAD Y EROGACIONES NO PODRÁ DEVOLVER EL CFDI PRESENTADO POR ERRORES QUE NO AFECTEN LA VALIDEZ FISCAL DEL DOCUMENTO O POR CAUSAS IMPUTABLES A "EL INSTITUTO"

ASÍ MISMO SE SOLICITA A "EL PROVEEDOR" EXPEDIR FACTURA CORRESPONDIENTE MÁXIMO 5 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, EVITANDO EL DIFERIMIENTO DE LA ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS SOPORTES.

"EL PROVEEDOR" DEBERÁ EXPEDIR SUS FACTURAS EN EL ESQUEMA DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA, LA RECEPCIÓN DE LAS MISMAS SERÁ A TRAVÉS DEL PORTAL DE SERVICIOS A PROVEEDORES, Y DEBERÁN SER PROPORCIONADAS EN SU FORMATO XML; LA VALIDEZ DE LAS MISMAS SERÁ DETERMINADA DURANTE LA CARGA Y ÚNICAMENTE LAS FACTURAS FISCALMENTE VALIDAS SERÁN PROCEDENTES PARA PAGO. EL PROVEEDOR DEBERÁ PROPORCIONAR A LAS ÁREAS FINANCIERAS UNA REPRESENTACIÓN IMPRESA DE LA MISMA QUE CUMPLA CON LAS ESPECIFICACIONES NORMADAS POR EL SAT, LA REPRESENTACIÓN IMPRESA POR SÍ MISMA NO SERÁ SUSTENTO PARA PAGO SI NO SE HACE LA CARGA DEL XML DEL CUAL SE ORIGINÓ O SI LA MISMA NO ES UNA REPRESENTACIÓN FIEL DEL XML ORIGEN.

LOS PROVEEDORES QUE CELEBREN CONTRATOS DE CESIÓN DE DERECHOS DE COBRO, DEBERÁN NOTIFICARLO AL INSTITUTO, CON UN MÍNIMO DE 5 (CINCO) DÍAS NATURALES ANTERIORES A LA FECHA DE PAGO PROGRAMADA, ENTREGANDO INVARIABLEMENTE UNA COPIA DE LOS CONTRA RECIBOS CUYO IMPORTE SE CEDE, ADEMÁS DE LOS DOCUMENTOS SUSTANTIVOS DE DICHA CESIÓN, DE IGUAL FORMA LOS QUE CELEBREN CONTRATO DE CESIÓN DE DERECHOS DE COBRO A TRAVÉS DE FACTORAJE FINANCIERO CONFORME AL PROGRAMA DE CADENAS PRODUCTIVAS DE NACIONAL FINANCIERA, S.N.C., INSTITUCIÓN DE BANCA DE DESARROLLO.

SI CON MOTIVO DE LA TRANSFERENCIA DE LOS DERECHOS DE COBRO SOLICITADA POR "EL PROVEEDOR" SE ORIGINA UN RETRASO EN EL PAGO, NO PROCEDERÁ EL PAGO DE LOS GASTOS FINANCIEROS A QUE HACE REFERENCIA EL ARTÍCULO 51 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

EL PAGO POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO QUEDARÁ CONDICIONADO PROPORCIONALMENTE AL PAGO QUE EL PROVEEDOR DEBA EFECTUAR POR CONCEPTO DE PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO O DEDUCTIVAS POR CUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFICIENTE DEL SERVICIO.

EN CASO DE APLICAR, EL CONTRATO DEBERÁ SEÑALAR QUE EL PROVEEDOR DEBERÁ ENTREGAR EL CFDI A FAVOR DEL IMSS POR EL IMPORTE DE LA APLICACIÓN DE LA PENA CONVENCIONAL POR ATRASO O DEFICIENCIA DEL SERVICIO.

EL PROVEEDOR, DEBERÁ EXPEDIR SUS COMPROBANTES FISCALES DIGITALES EN EL ESQUEMA DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA, CON LAS ESPECIFICACIONES NORMADAS EN LOS ARTÍCULOS 29 Y 29-A DEL CFF, POR EL SAT A NOMBRE DEL IMSS, CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES IMS421231I45, DOMICILIO EN AVENIDA PASEO

DE LA REFORMA, NÚM. 476, COLONIA JUÁREZ, COLONIA JUÁREZ, C.P. 06600, ALCALDÍA CUAUHTÉMOC, CIUDAD DE MÉXICO.

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

EN NINGÚN CASO SE DEBERÁ AUTORIZAR EL PAGO POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, SI NO SE HA DETERMINADO, CALCULADO Y NOTIFICADO A "EL PROVEEDOR" LAS PENAS CONVENCIONALES O DEDUCCIONES PACTADAS EN EL PRESENTE CONTRATO, ASÍ COMO SU REGISTRO Y VALIDACIÓN EN EL SISTEMA PREI MILLENIUM.

"EL PROVEEDOR" DEBERÁ ENTREGAR EL CFDI A FAVOR DE "EL INSTITUTO" POR EL IMPORTE DE LA APLICACIÓN DE LA PENA CONVENCIONAL POR ATRASO.

LAS UNIDADES RESPONSABLES DEL GASTO (URG) DEBERÁN REGISTRAR EL CONTRATO Y SU DICTAMEN PRESUPUESTAL EN EL SISTEMA PREI MILLENIUM PARA EL TRÁMITE DE PAGO CORRESPONDIENTE.

LOS ADMINISTRADORES EL CONTRATO SERÁN QUIENES DARÁN LA AUTORIZACIÓN PARA QUE LA DIRECCIÓN DE FINANZAS PROCEDA A SU PAGO DE ACUERDO CON LO NORMADO EN EL ANEXO "CUENTAS CONTABLES" DEL "PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, GLOSA Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA TRÁMITE DE PAGO Y LA CONSTITUCIÓN, MODIFICACIÓN, CANCELACIÓN OPERACIÓN Y CONTROL DE FONDOS FIJOS".

PARA LOS CASOS EN QUE NO SE FORMALICE EL CONTRATO, EL FALLO O NOTIFICACIÓN DE LA ADJUDICACIÓN SERÁ EL DOCUMENTO CON EL CUAL PROCEDERÁ EL PAGO RESPECTIVO DE LOS BIENES ENTREGADOS O SERVICIOS PRESTADOS, ÚNICAMENTE PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL FALLO Y LA FECHA EN QUE DEBIÓ FORMALIZARSE EL CONTRATO. PARA EFECTOS DE LO ANTERIOR, EL ÁREA CONTRATANTE ENCARGADA DE ELABORAR EL CONTRATO DEBERÁ INFORMAR AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO O ÁREA CONSOLIDADORA, EN SU CASO, EN UN PLAZO NO MAYOR A 24 HORAS POSTERIORES AL VENCIMIENTO DEL PLAZO PARA FORMALIZACIÓN DEL INSTRUMENTO LEGAL, DE LA FALTA DE FORMALIZACIÓN DEL MISMO, A EFECTO DE QUE SE REALICEN LAS GESTIONES QUE CORRESPONDAN PARA NO RECIBIR BIENES O SERVICIOS, SEGÚN SEA EL CASO.

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

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

LOS ADMINISTRADORES DEL CONTRATO LLEVARÁN A CABO LA VALORACIÓN DE LA PROCEDENCIA DE PAGO POR CONCEPTO DE GASTOS NO RECUPERABLES CONFORME A LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 101 Y 102 DEL

RLAASSP EN RELACIÓN CON LOS ARTÍCULOS 38, 46, 54 BIS Y 55 BIS, SEGUNDO PÁRRAFO DE LA LAASSP, PREVIA SOLICITUD POR ESCRITO A "EL PROVEEDOR", ACOMPAÑADA DE LOS DOCUMENTOS SIGUIENTES:

- COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN VIGENTE CON FOTOGRAFÍA Y FIRMA DE LA PERSONA QUE HAYA REALIZADO LOS TRÁMITES RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN.
- EL CFDI QUE REÚNA LOS REQUISITOS DE LOS ARTÍCULOS 29 Y 29-A DEL CFF, 37 AL 40 DEL RCFF Y, EN SU CASO LA RESOLUCIÓN DE LA MISCELÁNEA FISCAL DEL EJERCICIO QUE CORRESPONDA.
- LA SOLICITUD LA REALIZARÁ A LOS ADMINISTRADORES DEL CONTRATO PARA LA DETERMINACIÓN DE LA PROCEDENCIA DE PAGO, Y EN SU CASO, ELABORAR EL FINIQUITO Y REMITIRLO PARA EL PAGO RESPECTIVO A LA COORDINACIÓN DE CONTABILIDAD Y TRÁMITE DE EROGACIONES, DEPENDIENTES DE LA DIRECCIÓN DE FINANZAS, O ANTE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE FINANZAS O DE LA UMAE CORRESPONDIENTE.

EL PAGO POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO QUEDARÁ CONDICIONADO PROPORCIONALMENTE AL PAGO QUE "EL PROVEEDOR" DEBA EFECTUAR POR CONCEPTO DE PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO Y/O POR CONCEPTO

DE DEDUCCIONES. EN AMBOS CASOS EL INSTITUTO" REALIZARÁ LAS RETENCIONES CORRESPONDIENTES SOBRE EL CFDI QUE PRESENTE PARA PAGO. EN EL ENTENDIDO DE QUE EN EL SUPUESTO DE QUE SEA RESCINDIDO EL PRESENTE CONTRATO, NO PROCEDERÁ EL COBRO DE DICHAS PENALIZACIONES, NI LA CONTABILIZACIÓN DE ESTAS PARA HACER EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR EL ARTÍCULO 95 DEL RLAASSP.

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

EL PROVEEDOR", DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO, SE OBLIGA A ENCONTRARSE AL CORRIENTE DE SU OBLIGACIÓN FISCAL EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, POR LO QUE AL PRESENTAR AL "EL INSTITUTO", EL CFDI RESPECTIVO DEBERÁ ESTAR LA "OPINIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL", VIGENTE Y POSITIVA, LA CUAL PUEDE SER CONSULTADA A TRAVÉS DE LA PÁGINA ELECTRÓNICA HTTPS://WWW.GOB.MX/TRAMITES/CUMPLIMIENTO-OBLIGACIONES, EN LOS TÉRMINOS REQUERIDOS POR "EL INSTITUTO".

CUANDO LA "OPINIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL" SEA POSITIVA Y VIGENTE A LA FECHA QUE SE PRESENTÓ A LA JEFATURA DE SERVICIOS DE FINANZAS, A TRAVÉS DEL ÁREA DE TRÁMITE DE EROGACIONES, CONTINUARÁ EL TRÁMITE DE PAGO A "EL PROVEEDOR" RESPECTIVO.

EL DEL ÁREA DE TRÁMITE DE EROGACIONES, AL MOMENTO DE REVISAR LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA PARA COBRO, DEBERÁ VERIFICAR QUE LA "OPINIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL" SEA POSITIVA Y VIGENTE Y EN CASO CONTRARIO DEVOLVERÁ LA DOCUMENTACIÓN E INFORMARÁ A "EL PROVEEDOR" QUE DEBERÁ OBTENER LA CITADA OPINIÓN POSITIVA Y VIGENTE.

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

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 TÉCNICO Y EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES Y INTEGRADOS EN EL **ANEXO 2 (DOS)** DE ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO, APEGÁNDOSE A LAS CONDICIONES, ALCANCES Y CARACTERÍSTICAS DETALLADAS EN LA CONVOCATORIA Y JUNTA DE ACLARACIONES DEL PROCEDIMIENTO DE ORIGEN, Y ACTA DE NOTIFICACIÓN AL FALLO DEL PROCEDIMIENTO DEL CUAL DERIVA EL PRESENTE CONTRATO, DISPONIBLES PARA SU CONSULTA EN EL PORTAL DE COMPRAS GUBERNAMENTALES COMPRANET; ESTAS ULTIMAS SE AGREGAN EN EL **ANEXO 3(TRES)** DEL PRESENTE CONTRATO.

LOS SERVICIOS SERÁN PRESTADOS EN LOS DOMICILIOS SEÑALADOS EN EL EN EL ANEXO TÉCNICO Y EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ANEXOS DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA INTEGRADOS EN EL **ANEXO 2 (DOS)** DE ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO Y FECHAS ESTABLECIDAS EN LOS MISMOS.

EN LOS CASOS QUE DERIVADO DE LA VERIFICACIÓN SE DETECTEN DEFECTOS O DISCREPANCIAS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO O INCUMPLIMIENTO EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, **"EL PROVEEDOR"** CONTARÁ CON EL PLAZO ESTABLECIDO EN EL ANEXO TÉCNICO Y EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES Y ANEXOS DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIALISIS SUBROGADA INTEGRADOS EN EL **ANEXO 2 (DOS)** DE ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO PARA LA REPOSICIÓN O CORRECCIÓN, CONTADOS A PARTIR DEL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO Y/O ESCRITO, SIN COSTO ADICIONAL PARA **"EL INSTITUTO"**.

LUGAR DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.- "EL PROVEEDOR" SE OBLIGA EXPRESAMENTE A PRESTAR EL SERVICIO EN LOS LUGARES ESTABLECIDOS EN EL ANEXO TÉCNICO, TÉRMINOS Y CONDICIONES Y ANEXOS DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA "T1 REQUERIMIENTO DE SESIONES PARA PACIENTES EN HEMODIÁLISIS SUBROGADA POR PARTIDA" Y "T8 DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS" INTEGRADOS EN EL **ANEXO 2 (DOS)** DE ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO Y CONFORME A LO SEÑALADO EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL PROCEDIMIENTO DE ORIGEN DISPONIBLE PARA SU CONSULTA EN EL PORTAL DE COMPRAS GUBERNAMENTALES COMPRANET Y EN CD DENTRO DEL **ANEXO 3 (TRES).**

PLAZO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. - EL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SERÁ A PARTIR DEL DÍA 01 DE JULIO DE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024, DE LUNES A SÁBADO, SIN EXCEPCIÓN ALGUNA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

EL HORARIO DEL SERVICIO SERÁ DE LAS 7:00 A LAS 21:00 HORAS, DE LUNES A SABADO; INCLUSO DÍAS FESTIVOS, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS TERMINOS Y CONDICIONES QUE SE INTEGRAN EN EL **ANEXO 2 (DOS)** DEL PRESENTE CONTRATO.

ASI MISMO, SE DEBERA DE OBSERVAR LO SEÑALADO EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DISPONIBLE EN EL PORTAL DE COMPRAS COMPRANET.

CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.- EL PROVEEDOR" SE OBLIGA CON "EL INSTITUTO" A CUMPLIR CON LAS CONDICIONES DEL SERVICIO ADQUIRIDAS, DE ACUERDO AL ANEXO TÉCNICO, TÉRMINOS Y CONDICIONES Y ANEXOS DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA QUE SE INTEGRAN AL PRESENTE INSTRUMENTO EN EL **ANEXO 2 (DOS),** ASÍ COMO A LO .OFRECIDO EN SUS PROPUESTAS TÉCNICA Y ECONÓMICA QUE SE AGREGAN COMO **ANEXO 3 (TRES)** AL PRESENTE CONTRATO Y LO DISPUESTO EN LA JUNTA DE ACLARACIONES, DISPONIBLE PARA SU CONSULTA EN EL PORTAL DE COMPRAS .GUBERNAMENTALES COMPRANET.

CABE RESALTAR QUE MIENTRAS NO SE CUMPLA CON LAS CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ESTABLECIDAS, "EL INSTITUTO" NO DARÁ POR ACEPTADO EL SERVICIO OBJETO DE ESTE CONTRATO.

ASIMISMO, SE DEBERÁ OBSERVAR LO SEÑALADO EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL PROCEDIMIENTO DE ORIGEN DISPONIBLE PARA SU CONSULTA EN EL PORTAL DE COMPRAS GUBERNAMENTALES COMPRANET Y EN CD DENTRO DEL **ANEXO 3 (TRES).**

SEXTA. VIGENCIA

"LAS PARTES" CONVIENEN EN QUE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ DEL **01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024.**

SÉPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO.

"LAS PARTES" ESTÁN DE ACUERDO QUE LA **"EL INSTITUTO"** POR RAZONES FUNDADAS Y EXPLÍCITAS PODRÁ AMPLIAR EL MONTO O LA CANTIDAD DE LOS SERVICIOS, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 52 DE LA "LAASSP", 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"**.

DE PRESENTARSE CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR, O POR CAUSAS ATRIBUIBLES A **"EL INSTITUTO"**, SE PODRÁ MODIFICAR EL PLAZO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, DEBIENDO ACREDITAR DICHOS SUPUESTOS CON LAS CONSTANCIAS RESPECTIVAS. LA MODIFICACIÓN DEL PLAZO POR CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR PODRÁ SER SOLICITADA POR CUALQUIERA DE **"LAS PARTES"**.

EN LOS SUPUESTOS PREVISTOS EN LOS DOS 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 LAASSP, 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. GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO

CONFORME A LOS ARTÍCULOS 48, FRACCIÓN II, 49, FRACCIÓN I, DE LA **"LAASSP"**; 85, FRACCIÓN III, Y 103 DE SU REGLAMENTO; **"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A CONSTITUIR UNA GARANTÍA **DIVISIBLE**, Y EN ESTE CASO SE HARA EFECTIVA EN LA 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 DE **"EL INSTITUTO"**, POR UN IMPORTE EQUIVALENTE AL **10% (DIEZ POR CIENTO)** DEL MONTO MAXIMO DEL CONTRATO, SIN INCLUIR IMPUESTOS.

DICHA FIANZA DEBERÁ SER ENTREGADA A **"EL INSTITUTO"**, A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO.

"EL PROVEEDOR" QUEDA OBLIGADO A ENTREGAR A **"EL INSTITUTO"** LA PÓLIZA DE FIANZA ANTES SEÑALADA, EN LA OFICINA DE CONTRATOS DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO, UBICADA EN CALLE ARBOLEDAS NO. 115 LOTE 54 Y 55, ZONA INDUSTRIAL LA PAZ, C.P. 42080, PACHUCA DE SOTO, HGO, APEGÁNDOSE AL FORMATO QUE PARA TAL EFECTO SE ENTREGARÁ EN LA REFERIDA OFICINA.

DICHA PÓLIZA DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO SE LIBERARÁ DE FORMA INMEDIATA A **"EL PROVEEDOR"** UNA VEZ QUE **"EL INSTITUTO"** LE OTORGUE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO, PARA QUE ÉSTE PUEDA SOLICITAR A LA AFIANZADORA CORRESPONDIENTE LA CANCELACIÓN DE LA FIANZA, AUTORIZACIÓN QUE SE ENTREGARÁ A **"EL PROVEEDOR"** SIEMPRE QUE DEMUESTRE HABER CUMPLIDO CON LA TOTALIDAD DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO; PARA LO ANTERIOR DEBERÁ PRESENTAR MEDIANTE ESCRITO LA SOLICITUD DE LIBERACIÓN DE LA FIANZA EN LA DIVISIÓN DE CONTRATOS, MISMA QUE LLEVARÁ A CABO EL PROCEDIMIENTO PARA SU LIBERACIÓN Y ENTREGA.

ENDOSO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.- EN EL SUPUESTO DE QUE **"EL INSTITUTO"** Y POR ASÍ CONVENIR A SUS INTERESES, DECIDIERA MODIFICAR EN CUALQUIERA DE SUS PARTES EL PRESENTE CONTRATO, **"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A OTORGAR EL ENDOSO DE LA PÓLIZA DE GARANTÍA ORIGINALMENTE ENTREGADA, EN EL QUE CONSTE LAS MODIFICACIONES O CAMBIOS EN LA RESPECTIVA FIANZA, OBSERVÁNDOSE LOS MISMOS TÉRMINOS Y CONDICIONES SEÑALADOS EN LA PRESENTE CLÁUSULA PARA LA ENTREGA DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO, DEBIÉNDOLA ENTREGAR **"EL PROVEEDOR"** A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA FIRMA DEL CONVENIO RESPECTIVO.

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 **"LAASSP"**, 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.

UNA VEZ CUMPLIDAS LAS OBLIGACIONES A SATISFACCIÓN, EL SERVIDOR PÚBLICO FACULTADO POR **"EL INSTITUTO"** PROCEDERÁ INMEDIATAMENTE A EXTENDER LA CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y DARÁ INICIO A LOS TRÁMITES PARA LA CANCELACIÓN DE LAS GARANTÍAS DE ANTICIPO Y CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, LO QUE COMUNICARÁ A **"EL PROVEEDOR"**.

EJECUCIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO.- "EL INSTITUTO" LLEVARÁ A CABO LA EJECUCIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO EN LOS CASOS SIGUIENTES:

a) SE RESCINDA ADMINISTRATIVAMENTE EL PRESENTE CONTRATO.

b) DURANTE SU VIGENCIA SE DETECTEN DEFICIENCIAS, FALLAS O CALIDAD INFERIOR DEL SERVICIO PRESTADO, EN COMPARACIÓN CON LO OFERTADO.

c) CUANDO EN EL SUPUESTO DE QUE SE REALICEN MODIFICACIONES AL 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.

d) POR CUALQUIER OTRO INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN ESTE CONTRATO.

DÉCIMA. OBLIGACIONES DE "EL PROVEEDOR".

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, 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) PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN QUE LE SEA REQUERIDA POR LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 107 DEL REGLAMENTO DE LA **"LAASSP"**.
e) ASÍ, COMO LO SEÑALADO EN EL ANEXO TÉCNICO, TERMINOS Y CONDICIONES Y ANEXOS DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIALISIS SUBROGADA QUE SE INTEGRAN EN EL **ANEXO 2 (DOS)** DEL PRESENTE CONTRATO.

DÉCIMA PRIMERA. OBLIGACIONES DE "EL INSTITUTO"

a) OTORGAR TODAS LAS FACILIDADES NECESARIAS, A EFECTO DE QUE **"EL PROVEEDOR"** LLEVE A CABO EN LOS TÉRMINOS CONVENIDOS LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO.
b) REALIZAR EL PAGO CORRESPONDIENTE EN TIEMPO Y FORMA.
c) EXTENDER A **"EL PROVEEDOR"**, POR CONDUCTO DEL ADMINISTRADOR DEL 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.
d) ASÍ, COMO LO SEÑALADO EN EL ANEXO TÉCNICO, TERMINOS Y CONDICIONES Y ANEXOS DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIALISIS SUBROGADAQUE SE INTEGRAN EN EL **ANEXO 2 (DOS)** DEL PRESENTE CONTRATO.

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

"EL INSTITUTO" DESIGNA COMO ADMINISTRADOR(ES) DEL PRESENTE CONTRATO EL **DR. RAFAEL MONROY ARIAS** CON **RFC MOAR770717BH6, COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD DEL ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO**, QUIEN DARÁ SEGUIMIENTO Y VERIFICARÁ EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES ESTABLECIDOS EN ESTE INSTRUMENTO Y CONFORME A LO SEÑALADO EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL PROCEDIMIENTO DE ORIGEN DISPONIBLE PARA SU CONSULTA EN EL PORTAL DE COMPRAS GUBERNAMENTALES COMPRANET Y EN CD DENTRO DEL **ANEXO 3 (TRES).** CON R.F.C,

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.

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.

"EL INSTITUTO", A TRAVÉS DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, 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

"EL INSTITUTO" APLICARÁ DEDUCCIONES AL PAGO POR EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFICIENTE, EN QUE INCURRA "EL PROVEEDOR" CONFORME A LO ESTIPULADO EN LAS CLÁUSULAS DEL PRESENTE CONTRATO Y SUS ANEXOS RESPECTIVOS, LAS CUALES SE CALCULARÁN CONFORME A LO SEÑALADO EN EL NUMERAL 3.3 DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE INTEGRAN EN EL **ANEXO 2 (DOS)** DEL PRESENTE CONTRATO, PROPORCIONADOS EN FORMA PARCIAL O DEFICIENTE. LAS CANTIDADES A DEDUCIR SE APLICARÁN EN EL CFDI O FACTURA ELECTRÓNICA QUE "EL PROVEEDOR" PRESENTE PARA SU COBRO, EN EL PAGO QUE SE ENCUENTRE EN TRÁMITE O BIEN EN EL SIGUIENTE PAGO Y CONFORME A LO SEÑALADO EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL PROCEDIMIENTO DE ORIGEN DISPONIBLE PARA SU CONSULTA EN EL PORTAL DE COMPRAS GUBERNAMENTALES COMPRANET Y EN CD DENTRO DEL **ANEXO 3 (TRES).**

DE NO EXISTIR PAGOS PENDIENTES, SE REQUERIRÁ A "EL PROVEEDOR" QUE REALICE EL PAGO DE LA DEDUCTIVA, EN TÉRMINOS DE LA LEGISLACIÓN APLICABLE.

LAS DEDUCCIONES ECONÓMICAS SE APLICARÁN SOBRE LA CANTIDAD INDICADA SIN INCLUIR IMPUESTOS.

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

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

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 PROVEEDOR"** RESPECTO DE LAS PARTIDAS O CONCEPTOS QUE INTEGRAN EL 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.

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 PROVEEDOR PARA QUE ÉSTE REALICE EL PAGO CORRESPONDIENTE Y LE NOTIFIQUE LAS DEDUCCIONES QUE EN SU CASO SE HAYA HECHO ACREEDOR.

LOS LÍMITES DE INCUMPLIMIENTO RESPECTO DE LAS DEDUCTIVAS SERÁN HASTA POR EL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO,

ASÍ MISMO LA DEDUCCIÓN DEBERÁ CONSIDERAR QUE ES MÁS IVA.

EL INSTITUTO DESCONTARÁ LAS CANTIDADES POR CONCEPTO DE DEDUCTIVAS DE LA FACTURA QUE **"EL PROVEEDOR"** 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	3 (TRES) MESES	FALTA EN EL	EL 5% SOBRE	EL LÍMITE	JEFE DE	ENCARGADO

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
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:	DE HABER INGRESADO A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA.	CAMBIO, A ALGÚN PACIENTE(S) DEL ACCESO VASCULAR TEMPORAL POR EL DEFINITIVO EN EL PLAZO ESTABLECIDO	EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN EL IVA, CUANDO OCURRA QUE A ALGÚN PACIENTE(S) NO SE LE HAYA REALIZADO EL CAMBIO.	DE LA DEDUCCIÓN SERÁ DE HASTA EL 10% DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO	SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD	DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO
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, CON BASE EN LA FECHA QUE SE HAYA DETERMINADO EN CONJUNTO ENTRE "EL PROVEEDOR"Y EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO, LAS FECHAS EN QUE "EL PROVEEDOR"PRESTADOR DE SERVICIO DETERMINARÁ Y NOTIFICARÁ AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, LAS FECHAS EN QUE ÉSTE DEBERÁ ENTREGAR LA COPIA SIMPLE DE LOS REPORTES ORIGINALES DE LOS RESULTADOS DE	CUMPLIR CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA CALIDAD DEL AGUA DE ACUERDO CON LA NOM NOM-003-SSA3-2010	5% SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN 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	ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO

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
	LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL AGUA					
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	POR CADA DÍA DE ATRASO EN QUE NO CUMPLA CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA CALIDAD DEL AGUA DE ACUERDO CON LA NOM Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AAMI.	5% SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN 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	ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO
DOTACIÓN DEL MISMO NÚMERO DE CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES QUE FUERON COLOCADOS A PACIENTES REFERIDOS A SUBROGACIÓN EL MES INMEDIATO ANTERIOR MÁS 2(DOS)	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	POR CADA DÍA NATURAL A PARTIR DE LA FECHA EN QUE DEBIÓ SER ENTREGADA LA TOTALIDAD DE DOTACIÓN DE CATÉTERES.	1% 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	ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO

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
CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES COMO LO SOLICITE EL JEFE DE SERVICIO	COMO LO SOLICITE EL JEFE DE SERVICIO					
ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7	CUANDO "EL PROVEEDOR" A CADA PARTIDA NO ENVÍE LA MENSAJERÍA HL7 A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO CORRESPONDIENTE A LA TOTALIDAD DE LAS SESIONES REALIZADAS, SESIONES NO OTORGADAS Y RESUMEN CLÍNICO DURANTE EL PERIODO DE FACTURACIÓN	ANTE LA DEFICIENCIA EN LA ENTREGA TOTAL DE LA MENSAJERÍA HL7 DE LAS SESIONES REALIZADAS, SESIONES NO OTORGADAS Y RESUMEN CLÍNICO DURANTE EL MES DE FACTURACIÓN.	SE DEBERÁN CONTEMPLAR LOS SIGUIENTES PORCENTAJES DE INCUMPLIMIENTO EN VIRTUD DEL CONTEO TOTAL OBTENIDO, CONFORME A LO SIGUIENTE: DEL 1% AL 25% DE INCUMPLIMIENTO: APLICAR 0.4% DEL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL INCUMPLIMIENTO EN EL SERVICIO, SIN PASAR EL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO. DEL 26% AL 50% DE INCUMPLIMIENTO: APLICAR 0.6% DEL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA, CORRESPONDIENTE AL	HASTA POR EL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.	JEFE DE NEFROLOGÍA O MEDICINA INTERNA EN CONJUNTO CON EL CDI O DIB	COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD DEL ORGANÓ DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO

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
			PERIODO DEL INCUMPLIMIENTO EN EL SERVICIO, SIN PASAR EL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO. DEL 51% AL 75% DE INCUMPLIMIENTO: APLICAR 0.8% DEL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA, CORRESPONDIENTE. DEL 75% AL 100% DE INCUMPLIMIENTO: APLICAR 1.0% DEL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL INCUMPLIMIENTO EN LA UNIDAD MÉDICA, SIN PASAR EL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO. *(*EJEMPLO: DURANTE EL MES DE FACTURACIÓN FUERON REQUERIDOS 100 MENSAJES HL7, DE LOS CUALES, 80 FUERON ENVIADOS DE FORMA*			

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
			EFECTIVA Y EXITOSA A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO. *EN ESE SENTIDO, SERÁ - CONFORME AL 1% AL 25% DE INCUMPLIMIENTO- APLICADO EL 0.4% DE SANCIÓN AL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL INCUMPLIMIENTO, CON BASE EN LA ETIMSS VIGENTE.)*			

EL ADMINISTRADOR DETERMINARÁ EL CÁLCULO DE LAS DEDUCTIVAS, CUYA NOTIFICACIÓN SE REALIZARÁ POR ESCRITO O VÍA CORREO ELECTRÓNICO, DENTRO DE LOS **3 DÍAS HÁBILES** POSTERIORES AL INCUMPLIMIENTO EN EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE QUE SE TRATE.

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 PROVEEDOR" 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 "EL PROVEEDOR" ADJUDICADO PARA QUE ÉSTE REALICE EL PAGO CORRESPONDIENTE.

LA PENA CONVENCIONAL SE CALCULARÁ DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS Y CONDICIONES EXPRESADOS EN LA FÓRMULA QUE SE DETALLA A CONTINUACIÓN:

PCA = (%D) (NPA) (VBSPA)

DÓNDE:

%D=PORCENTAJE DETERMINADO EN LA CONVOCATORIA DE LA LICITACIÓN PÚBLICA, INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS, COTIZACIÓN, CONTRATO O PEDIDO POR CADA DÍA DE ATRASO EN LA ENTREGA DE BIENES O EN EL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO O ARRENDAMIENTO, CONSIDERANDO EL RANGO SEÑALADO EN EL INCISO "B".

PCA = PENA CONVENCIONAL APLICABLE.

NPA = NÚMERO DE PERIODO DE TIEMPO DE ATRASO CONTABILIZADO SEGÚN CORRESPONDA

VBSPA = VALOR DE LOS BIENES O 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
EL PLAZO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SERÁ A MÁS TARDAR EL DÍA 16 NATURAL, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA NATURAL SIGUIENTE DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO Y HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO, A PARTIR DEL DÍA 16 DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO, EN QUE NO SE HAYA PUESTO A PUNTO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	2.5% DIARIO SOBRE EL VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS NO PRESTADOS CON BASE EN EL REQUERIMIENTO DEL ANEXO T1 Y DEL MONTO ADJUDICADO SIN INCLUIR EL IVA	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD	ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO
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 LA UNIDAD EN FUNCIONAMIENTO, DEBERÁ CONTAR CON UN RESULTADO DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO EN LA ENTREGA DEL REPORTE RESULTADOS DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM 003-SSA3-2010, CON BASE EN LA FECHA QUE SE HAYA DETERMINADO EN CONJUNTO ENTRE "EL PROVEEDOR" Y EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO, LAS FECHAS EN QUE "EL PROVEEDOR" PRESTADOR DE SERVICIO DETERMINARÁ Y	2.5% DIARIO SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN INCLUIR EL IVA	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD	ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA
	NOTIFICARÁ AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, LAS FECHAS EN QUE ÉSTE DEBERÁ ENTREGAR LA COPIA SIMPLE DE LOS REPORTES ORIGINALES DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL AGUA			
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.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO EN LA ENTREGA DEL REPORTE RESULTADOS QUÍMICOS, DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM 003-SSA3-2010, CON BASE EN LA FECHA QUE SE HAYA DETERMINADO EN CONJUNTO ENTRE "EL PROVEEDOR" Y EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO, LAS FECHAS EN QUE "EL PROVEEDOR" PRESTADOR DE SERVICIO DETERMINARÁ Y NOTIFICARÁ AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, LAS FECHAS EN QUE ÉSTE DEBERÁ ENTREGAR LA COPIA SIMPLE DE LOS REPORTES ORIGINALES DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL AGUA	2.5% DIARIO SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN INCLUIR EL IVA	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD	ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO
CANJE-REPOSICIÓN DE BIENES POR VICIOS OCULTOS O PROBLEMAS DE CALIDAD. EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 7 (SIETE) DÍAS NATURALES, CONTADOS A PARTIR	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE EXCEDA EL NIVEL DE	2.5% (DOS PUNTO CINCO POR CIENTO) DIARIO, SIN IVA, SOBRE LA FACTURA DEL MES EN QUE	JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS/ JEFE	ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA
DE LA FECHA DE SU NOTIFICACIÓN POR PARTE DEL INSTITUTO.	SERVICIO.	OCURRA LA INCIDENCIA.	DE SERVICIO	DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO
EL "EL PROVEEDOR" REALIZARA LA ENTREGA EN LAS OFICINAS DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO CON COPIA A LA CPSMA CONFORME AL INCISO B) NUMERAL 1 DEL ANEXO TÉCNICO, DE LOS SIGUIENTES PUNTOS: FIRMA DEL ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS. DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE LA SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7. RESPECTO A LA SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7, "EL PROVEEDOR" REALIZARÁ LA ENTREGA AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y ESTE A SU VEZ, ENTREGARÁ LA SOLICITUD POR ESCRITO EN LAS OFICINAS DE LA COORDINACIÓN TÉCNICA DE SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES (CTSMI) Y POR CORREO ELECTRÓNICO DIRIGIDO AL DR. NEMESIO PONCE SÁNCHEZ: NEMESIO.PONCE@IMSS.GOB.MX Y AL DR. EDUARDO MONSIVÁIS HUERTERO: EDUARDO.MONSIVAIS@IMSS.GOB.MX	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO ESTABLECIDO DE LOS 05 (CINCO) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE EMISIÓN DEL FALLO.	0.2% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.	ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO
CUANDO SE REALICEN MÁS DE TRES INTENTOS PARA ACREDITAR LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7 EN OFICINA, DE CONFORMIDAD CON EL ANEXO TÉCNICO.	POR CADA EVALUACIÓN EXCEDENTE QUE SE REALICE POSTERIOR AL TERCER INTENTO.	0.5% SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, POR CADA INTENTO ADICIONAL, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.	CPSMA/CSDISA	COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA
CUANDO SE REALICEN MÁS DE DOS INTENTOS PARA ACREDITAR LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7 EN SITIO, DE CONFORMIDAD CON EL ANEXO TÉCNICO.	POR CADA EVALUACIÓN EXCEDENTE QUE SE REALICE POSTERIOR AL SEGUNDO INTENTO.	0.5% SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, POR CADA INTENTO ADICIONAL, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.	CPSMA/CSDISA	COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO
CAPACITACIÓN PREVIA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN. "EL PROVEEDOR" DEBERA REALIZAR LA CAPACITACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL PERSONAL DEL INSTITUTO DESIGNADO AL SERVICIO, CONFORME AL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN. ASIMISMO, ENTREGARÁN UNA COPIA DEL MANUAL DE USUARIO IMPRESO O ELECTRÓNICO CON ACUSE DE RECIBO EN FORMATO LIBRE A CADA PARTICIPANTE, Y LLEVARÁ LISTAS DE ASISTENCIA, EVALUACIONES Y FIRMA DE CONFORMIDAD POR PARTE DEL USUARIO, AL TÉRMINO DE LA CAPACITACIÓN EXTENDERÁ CONSTANCIA DE ESTA.	POR CADA DÍA NATURAL QUE EXCEDA LOS 60 (SESENTA) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO (DE ACUERDO CON EL INCISO B) NUMERAL 5 DEL ANEXO TÉCNICO.	0.2% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.	JEFE DE SERVICIO EN CONJUNTO CON CDI O DIB,	COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO
CAPACITACIÓN CONTINUA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN. EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR LA CAPACITACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL PERSONAL DESIGNADO POR EL INSTITUTO, CUANDO EXISTA ROTACIÓN DE PERSONAL, LLEGADA DE NUEVO PERSONAL A LOS SERVICIOS, O CUANDO EL INSTITUTO CONSIDERE NECESARIA UNA RECAPACITACIÓN. ASIMISMO, ENTREGARÁN UNA COPIA DEL MANUAL DE USUARIO IMPRESO O ELECTRÓNICO CON ACUSE DE RECIBO EN FORMATO LIBRE A CADA PARTICIPANTE, Y LLEVARÁ LISTAS DE ASISTENCIA, EVALUACIONES Y FIRMA DE CONFORMIDAD POR PARTE DEL USUARIO, AL TÉRMINO DE LA CAPACITACIÓN EXTENDERÁ CONSTANCIA DE ESTA.	POR CADA DÍA DE ATRASO QUE EXCEDA EL NIVEL DE SERVICIO.	0.2% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.	JEFE DE SERVICIO EN CONJUNTO CON CDI O DIB,	COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO
INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN, DEL SISTEMA DE	POR CADA DÍA NATURAL DE	0.5% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA	JEFE DE SERVICIO DE	COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA
INFORMACIÓN CONFORME AL ANEXO TÉCNICO Y LA ETIMSS 5640-023-004 – VIGENTE.	ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO DE LOS 60 (SESENTA) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACION DEL FALLO.	GARANTÍA DEL CONTRATO, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA..	NEFROLOGÍA O MEDICINA INTERNA EN CONJUNTO CON CDI O DIB,	ATENCIÓN A LA SALUD DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO
EL PROVEEDOR PROPORCIONARÁ AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO CON COPIA A LA CPSMA CONFORME AL ANEXO TÉCNICO 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 2 (DOS) DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA FECHA DE APROBACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SITIO	0.2% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.	COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO

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

DÉCIMA QUINTA. LICENCIAS, AUTORIZACIONES Y PERMISOS

EN CASO DE APLICAR, LOS SERVICIOS, QUE DE ACUERDO AL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO SE ADQUIERAN O CONTRATEN, DEBERÁN CUMPLIR CON LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS Y CON LAS NORMAS MEXICANAS, SEGÚN PROCEDA, Y A FALTA DE ÉSTAS, CON LAS NORMAS INTERNACIONALES, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA LEY DE INFRAESTRUCTURA DE LA CALIDAD; EN SU CASO, CON LAS NORMAS DE REFERENCIA O ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y CUMPLIR CON LAS CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES REQUERIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO, TÉRMINOS Y CONDICIONES Y ANEXOS DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, QUE SE AGREGAN AL PRESENTE CONTRATO EN EL **ANEXO 2 (DOS)** Y CONFORME A LO SEÑALADO EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL PROCEDIMIENTO DE ORIGEN, DISPONIBLE PARA SU CONSULTA EN EL PORTAL DE COMPRAS GUBERNAMENTALES COMPRANET Y EN CD DENTRO DEL **ANEXO 3 (TRES).**

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 TRASPORTAR LOS BIENES E INSUMOS NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DESDE SU LUGAR DE ORIGEN, HASTA SUS INSTALACIONES SEÑALADAS EN EL ANEXO TÉCNICO Y EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES Y ANEXOS DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIALISIS SUBROGADA, QUE SE AGREGAN EN EL **ANEXO 2 (DOS)** DEL PRESENTE CONTRATO, EN CASO DE APLICAR.

DÉCIMA OCTAVA. IMPUESTOS Y DERECHOS

LOS IMPUESTOS, DERECHOS Y GASTOS QUE PROCEDAN CON MOTIVO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, SERÁN PAGADOS POR **"EL PROVEEDOR"**, MISMOS QUE NO SERÁN REPERCUTIDOS A **"EL INSTITUTO"**.

"EL INSTITUTO" SÓLO CUBRIRÁ, CUANDO APLIQUE, LO CORRESPONDIENTE AL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (IVA), EN LOS TÉRMINOS DE LA NORMATIVIDAD APLICABLE Y DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES FISCALES VIGENTES.

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"**.

VIGÉSIMA. DERECHOS DE AUTOR, PATENTES Y/O MARCAS

"EL PROVEEDOR" SE OBLIGA PARA CON **"EL INSTITUTO"**, A RESPONDER POR LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS QUE PUDIERA CAUSAR A **"EL INSTITUTO"** Y/O A TERCEROS, SI CON MOTIVO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE VIOLAN DERECHOS DE AUTOR, DE PATENTES Y/O MARCAS U OTRO DERECHO RESERVADO A NIVEL NACIONAL O INTERNACIONAL.

POR LO ANTERIOR, **"EL PROVEEDOR"** MANIFIESTA EN ESTE ACTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, NO ENCONTRARSE EN NINGUNO DE LOS SUPUESTOS DE INFRACCIÓN A LA LEY FEDERAL DEL DERECHO DE AUTOR, NI A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN A LA PROPIEDAD INDUSTRIAL.

EN CASO DE QUE SOBREVINIERA ALGUNA RECLAMACIÓN EN CONTRA DE **"EL INSTITUTO"** POR CUALQUIERA DE LAS CAUSAS ANTES MENCIONADAS, LA ÚNICA OBLIGACIÓN DE ÉSTE SERÁ LA DE DAR AVISO EN EL DOMICILIO PREVISTO EN ESTE INSTRUMENTO 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 DE CARÁCTER CIVIL, MERCANTIL, PENAL O ADMINISTRATIVA QUE, EN SU CASO, SE OCASIONE.

LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 45, FRACCIÓN XX DE LA **"LAASSP"**.

ASIMISMO, EN CASO DE APLICAR, "EL PROVEEDOR" DEBERÁ OBSERVAR LO ESTABLECIDO EN EL ANEXO APLICABLE A LOS DERECHOS DE AUTOR, PATENTES Y/O MARCAS DEL PRESENTE CONTRATO

VIGÉSIMA PRIMERA, CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

"LAS PARTES" ACUERDAN QUE LA INFORMACIÓN QUE SE INTERCAMBIE DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES DEL PRESENTE INSTRUMENTO, SE TRATARÁN DE MANERA CONFIDENCIAL, 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.

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.

ASIMISMO EN CASO DE APLICAR **"EL PROVEEDOR"** DEBERÁ OBSERVAR LO ESTABLECIDO EN EL ANEXO APLICABLE A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL 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, LA **"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 GASTOS NO RECUPERABLES PREVIA SOLICITUD Y ACREDITAMIENTO.

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

"EL INSTITUTO" CUANDO CONCURRAN 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 **"EL INSTITUTO"**, 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 INICIAR EN CUALQUIER MOMENTO EL PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN, CUANDO **"EL PROVEEDOR"** INCURRA EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSALES:

a) CONTRAVENIR LOS TÉRMINOS PACTADOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, ESTABLECIDO EN EL PRESENTE CONTRATO.
b) TRANSFERIR EN TODO O EN PARTE LAS OBLIGACIONES QUE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO A UN TERCERO AJENO A LA RELACIÓN CONTRACTUAL.
c) CEDER LOS DERECHOS DE COBRO DERIVADOS DEL PRESENTE CONTRATO, SIN CONTAR CON LA CONFORMIDAD PREVIA Y POR ESCRITO DE **"EL INSTITUTO"**.
d) SUSPENDER TOTAL O PARCIALMENTE Y SIN CAUSA JUSTIFICADA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DEL PRESENTE CONTRATO.
e) NO REALIZAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN TIEMPO Y FORMA CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL PRESENTE CONTRATO Y SUS RESPECTIVOS ANEXOS.
f) NO PROPORCIONAR A LOS ÓRGANOS DE FISCALIZACIÓN, LA INFORMACIÓN QUE LE SEA REQUERIDA CON MOTIVO DE LAS AUDITORÍAS, VISITAS E INSPECCIONES QUE REALICEN.
g) SER DECLARADO EN CONCURSO MERCANTIL, O POR CUALQUIER OTRA CAUSA DISTINTA O ANÁLOGA QUE AFECTE SU PATRIMONIO.
h) EN CASO DE QUE COMPRUEBE LA FALSEDAD DE ALGUNA MANIFESTACIÓN, INFORMACIÓN O DOCUMENTACIÓN PROPORCIONADA PARA EFECTO DEL PRESENTE CONTRATO;
i) NO ENTREGAR DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA DE FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL MISMO.
j) EN CASO DE QUE LA SUMA DE LAS PENAS CONVENCIONALES O LAS DEDUCCIONES AL PAGO, IGUALAN EL MONTO TOTAL DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y/O ALCANZAN EL 20% (VEINTE POR CIENTO) DEL MONTO TOTAL DE ESTE CONTRATO CUANDO NO SE HAYA REQUERIDO LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO;
k) DIVULGAR, TRANSFERIR O UTILIZAR LA INFORMACIÓN QUE CONOZCA EN EL DESARROLLO DEL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, SIN CONTAR CON LA AUTORIZACIÓN DE **"EL INSTITUTO"** EN LOS TÉRMINOS DE LO DISPUESTO EN LA CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO;
l) IMPEDIR EL DESEMPEÑO NORMAL DE LABORES DE **"EL INSTITUTO"**;
m) INCUMPLIR CUALQUIER OBLIGACIÓN DISTINTA DE LAS ANTERIORES Y DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO.
n) CAMBIAR SU NACIONALIDAD POR OTRA E INVOCAR LA PROTECCIÓN DE SU GOBIERNO CONTRA RECLAMACIONES Y ÓRDENES DE **"EL INSTITUTO", CUANDO SEA EXTRANJERO.**

PARA 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.

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.

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"** PODRÁ SUSPENDER EL TRÁMITE DEL PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN.

SI PREVIAMENTE A LA DETERMINACIÓN DE DAR POR RESCINDIDO EL CONTRATO SE REALIZA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, EL PROCEDIMIENTO INICIADO QUEDARÁ SIN EFECTO, PREVIA ACEPTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE **"EL INSTITUTO"** DE QUE CONTINÚA VIGENTE LA NECESIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, APLICANDO, EN SU CASO, LAS PENAS CONVENCIONALES CORRESPONDIENTES.

"EL INSTITUTO" PODRÁ DETERMINAR NO DAR POR RESCINDIDO EL CONTRATO, CUANDO DURANTE EL PROCEDIMIENTO ADVIERTA QUE LA RESCISIÓN DEL MISMO PUDIERA OCASIONAR ALGÚN DAÑO O AFECTACIÓN A LAS FUNCIONES QUE TIENE ENCOMENDADAS. EN ESTE SUPUESTO, **"EL INSTITUTO"** ELABORARÁ UN DICTAMEN EN EL CUAL JUSTIFIQUE QUE LOS IMPACTOS ECONÓMICOS O DE OPERACIÓN QUE SE OCASIONARÍAN CON LA RESCISIÓN DEL CONTRATO RESULTARÍAN MÁS INCONVENIENTES.

DE NO RESCINDIRSE EL CONTRATO, **"EL INSTITUTO"** ESTABLECERÁ CON **"EL PROVEEDOR"**, OTRO PLAZO, QUE LE PERMITA SUBSANAR EL INCUMPLIMIENTO QUE HUBIERE MOTIVADO EL INICIO DEL PROCEDIMIENTO, APLICANDO LAS SANCIONES CORRESPONDIENTES. EL CONVENIO MODIFICATORIO QUE AL EFECTO SE CELEBRE DEBERÁ ATENDER A LAS CONDICIONES PREVISTAS POR LOS DOS ÚLTIMOS PÁRRAFOS DEL ARTÍCULO 52 DE LA **"LAASSP"**.

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 FACULTADA 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 **"LAASSP"**.

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 CONVOCATORIA A LA LICITACIÓN PÚBLICA DE ORIGEN Y EL CONTRATO, PREVALECERÁ LO ESTABLECIDO EN LA CONVOCATORIA DE ORIGEN, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 81, FRACCIÓN IV, DEL REGLAMENTO DE LA **"LAASSP"**.

VIGÉSIMA SÉPTIMA. CONCILIACIÓN.

"LAS PARTES" ACUERDAN QUE PARA EL CASO DE QUE SE PRESENTEN DESAVENENCIAS DERIVADAS DE LA EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO PODRÁN SOMETERSE AL PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 77, 78 Y 79 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, Y 126 AL 136 DE SU REGLAMENTO.

VIGÉSIMA OCTAVA. 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.

VIGÉSIMA NOVENA. LEGISLACIÓN APLICABLE

"LAS PARTES" SE OBLIGAN A SUJETARSE ESTRICTAMENTE PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS 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; CÓDIGO CIVIL FEDERAL; LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO, CÓDIGO FEDERAL DE PROCEDIMIENTOS CIVILES; LEY FEDERAL DE PRESUPUESTO Y RESPONSABILIDAD HACENDARIA Y SU REGLAMENTO.

TRIGÉSIMA. 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 EN LA CIUDAD DE PACHUCA DE SOTO, HIDALGO, RENUNCIANDO EXPRESAMENTE AL FUERO QUE PUDIERA CORRESPONDERLES EN RAZÓN DE SU DOMICILIO ACTUAL O FUTURO.

FIRMANTES O SUSCRIPCIÓN.

POR LO ANTERIOR EXPUESTO, **"EL INSTITUTO"** Y **"EL PROVEEDOR"**, MANIFIESTAN ESTAR CONFORMES Y ENTERADOS DE LAS CONSECUENCIAS, VALOR Y ALCANCE LEGAL DE TODAS Y CADA UNA DE LAS ESTIPULACIONES QUE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO CONTIENE, POR LO QUE LO RATIFICAN Y FIRMAN EN TODAS SUS PARTES, POR TRIPLICADO, EN PACHUCA DE SOTO, HIDALGO; EL **12 DE JULIO DEL 2024,** QUEDANDO UN EJEMPLAR EN PODER DEL "EL PROVEEDOR" Y LOS RESTANTES EN PODER DE "EL INSTITUTO".

POR:
"EL INSTITUTO"

NOMBRE	CARGO	R.F.C.
DR. JOSÉ LUIS ARANZA AGUILAR REPRESENTANTE Y APODERADO LEGAL	TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO	AAAL631231RHA
DR. RAFAEL MONROY ARIAS ADMINISTRADOR DEL CONTRATO	COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD DEL ORGANÓ DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO	MOAR770717BH6
L.E.M. EMMANUEL HERNÁNDEZ GODÍNEZ ADMINISTRADOR AUXILIAR DEL CONTRATO	ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO	HEGE920214R56

POR:
"EL PROVEEDOR"

NOMBRE	R.F.C.
C. DANIELA VARGAS FUENTES "CENTRO DE NEFROLOGÍA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA, S.A. DE C.V."	CNA220509DQ6

ANEXO 1

"CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO"

EL PRESENTE ANEXO CONSTA DE 03 PÁGINAS LA CUAL INCLUYEN LA PRESENTE CARATULA.

"CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO"

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO
CON VALIDACIÓN PRESUPUESTAL EN EL MÓDULO DE CONTROL DE COMPROMISOS

SOLICITUD: 0000022472 - 2024

Dependencia Solicitante:	D0013	Delegación Hidalgo
	SEI	Servicios Integrales
	13010029	OFICINAS DELEGACIONES SERV ADM
Descripción:	CONTRATACIONES 2024	
Servicio:	Hemodiálisis Extramuros	
Fecha Impresión:	19/06/2024	Fecha Validación: 19/06/2024

	Importe	Cuenta	Partida presupuestaria
tal Comprometido (en pesos):	$ 85,295,584.40	42061604	33901 Subcontratación de servicios con terceros

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4,975.6	19,920.4	19,844.5	20,143.0	6,102.5	5,802.6	8,406.1

Esto documento de respaldo presupuestario se emite con base en la revisión efectuada en el Módulo de Control de Compromisos del Sistema Financiero PREI-Millenium, 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 Publicas 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 : $ 85,295,584.40
OCHENTA Y CINCO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS 40/100 MN

EMMANUEL HERNÁNDEZ GÓMEZ
Autorizó
ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACION DE ABAST. Y EQUIP.

22 939 108 00
25 939 1

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ANEXO A: DETALLE DE LINEAS DEL CERTIFICADO
CON VALIDACIÓN PRESUPUESTAL EN EL MÓDULO DE CONTROL DE COMPROMISOS

UNI: 00010 **No. SOLICITUD:** 0000022472 **FECHA SOLICITUD:** 19/00/2024

Nro Linea	Cuenta Contable	Centro de Costo	Unidad de Explotación	Unidad de Información	Proyecto	Fecha de Presupuesto	Importe Original
1	42061604	200223	13	130101	N/A	01/06/2024	4,975,518.40
2	42061604	200223	13	130101	N/A	01/07/2024	3,857,301.00
3	42061604	200223	13	130101	N/A	01/08/2024	3,819,309.00
4	42061604	200223	13	130101	N/A	01/09/2024	3,857,503.00
5	42061604	200223	13	130101	N/A	01/10/2024	3,586,283.00
6	42061604	200223	13	130101	N/A	01/11/2024	3,201,166.00
7	42061604	200223	13	130101	N/A	01/12/2024	4,553,000.00
8	42061604	200223	13	130201	N/A	01/07/2024	13,820,911.00
9	42061604	200223	13	130201	N/A	01/08/2024	13,658,519.00
10	42061604	200223	13	130201	N/A	01/09/2024	13,795,104.00
11	42061604	200223	13	130204	N/A	01/07/2024	2,442,232.00
12	42061604	200223	13	130204	N/A	01/08/2024	2,466,854.00
13	42061604	200223	13	130204	N/A	01/09/2024	2,491,321.00
14	42061604	200223	13	130204	N/A	01/10/2024	2,516,234.00
15	42061604	200223	13	130204	N/A	01/11/2024	2,541,396.00
16	42061604	200223	13	130204	N/A	01/12/2024	3,853,133.00
TOTALES							85,295,584.40

ANEXO 2

"ANEXO TÉCNICO" Y "TÉRMINOS Y CONDICIONES, ANEXOS DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIALISIS SUBROGADA"

EL PRESENTE ANEXO CONSTA DE 86 PÁGINAS LAS CUALES INCLUYEN LA PRESENTE CARATULA.

ANEXO TÉCNICO

Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada

Coordinación Técnica de Servicios Médicos Indirectos

Anexo Técnico

"En cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 4.24.3 de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (POBALINES), se establece el presente Anexo Técnico, para la contratación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada, de conformidad con lo siguiente":

Glosario

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: Persona servidora pública del IMSS con nivel jerárquico de cuando menos Jefe de División o equivalente, conforme al numeral 5.3.15 de estas POBALINES, quien fungirá como lo establecen los artículos 2 fracción III Bis y 84, penúltimo párrafo, del RLAASSP, así como el numeral 1 "Definiciones y Siglas" del MAAGAASSP.

ALT: Alanino Aminotransferasa.

Área Contratante: La facultada para llevar a cabo los procedimientos de contratación para la adquisición o arrendamiento de bienes muebles, así como para pactar la prestación de servicios, en términos del artículo 2, fracción I del RLAASSP y conforme al numeral 5.3.16 de las POBALINES.

Área Requirente: Aquélla que, en la dependencia o entidad, solicite o requiera formalmente la adquisición o arrendamiento de bienes o la prestación de servicios, o bien aquélla que los utilizará, en términos del artículo 2 fracción II del RLAASSP.

Área Técnica: La que en la dependencia o entidad elabora las especificaciones técnicas que se deberán incluir en el procedimiento de contratación, evalúa la propuesta técnica de las proposiciones y es responsable de responder en la junta de aclaraciones, las preguntas que sobre estos aspectos realicen los licitantes; el Área técnica, en términos del artículo 2 fracción III del RLAASSP concordante con el ordinal 4.2.2.1.16 del MAAGAASSP.

AST: Aspartato Aminotransferasa.

CABCS: Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios, adscrita a la Unidad de Adquisiciones de la DA.

Catálogo de Insumos: El expedido por el Consejo de Salubridad General.

CCILE: Coordinación de Calidad de Insumos y Laboratorios Especializados, adscrita a la Unidad de Planeación e Innovación en Salud, de la DPM.

CCSG: Coordinación de Conservación y Servicios Generales.

CDI: Coordinador Delegacional de Informática.

COFEPRIS. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Órgano Administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud.

Compendio Nacional de Insumos para la Salud: Documento normativo que regula los insumos que se utilizan en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

CompraNet: Sistema electrónico de información pública gubernamental al que se refiere el artículo 2, fracción II de la LAASSP.

CNIS. Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

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.

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 apartado 1. Definiciones y siglas, párrafo noveno.

CPSMA: Coordinación de Planeación de Servicios Médicos de Apoyo.

CSDISA: Coordinación de Servicios Digitales y de Información para la Salud y Administrativos.

CTSDIS: Coordinación Técnica de Servicios Digitales y de Información para la Salud.

CTSRI: Coordinación Técnica de Seguridad y Resguardo de Inmuebles..

CUCOP: Clasificador Único de las Contrataciones Públicas en CompraNet, establecido en el numeral 28 del "Acuerdo por el que se establecen las disposiciones que se deberán observar para la utilización del Sistema Electrónico de Información Pública Gubernamental denominado CompraNet".
DA: Dirección de Administración.

DIB: División de Ingeniería Biomédica.

DIDT: Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.

DOF: Diario Oficial de la Federación.

DSDICDS: División de Servicios Digitales y de Información para el Cuidado Digital de la Salud.

Dumping: Práctica desleal de comercio internacional que consiste en la introducción de mercancías al territorio nacional a un precio inferior de su valor normal.

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 y sillón clínico.

ETIMSS: Especificación Técnica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

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.

Instituto o IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

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 proveedor al equipo médico que presente fallas a fin de garantizar los niveles de servicio requeridos por el Instituto.

Mantenimiento Preventivo: Es el servicio programado que debe realizar el proveedor al equipo médico a fin de garantizar los niveles de servicio requeridos por el Instituto.
MIPYMES: Micro, Pequeña y Mediana Empresa.
NOM: Norma Oficial Mexicana.

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

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

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

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

OOAD: Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada Estatales y Regionales, a los que se refiere el artículo 2 fracción IV inciso a) del RIIMSS, en términos del acuerdo ACDO.SA2.HCT.310822/244.P.DA de fecha 31 de agosto de 2022.

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.

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.

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.

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

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 que celebre contratos de adquisiciones, arrendamientos o servicios, en términos del artículo 2 fracción VI de la LAASSP.

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

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

SAT: Servicio de Administración Tributaria, es un Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

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.

SFP: Secretaría de la Función Pública.

SSA: Secretaría de Salud.

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.

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

Unidad Médica: El establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población, en

términos de la NOM 040-SSA2-2004; en Materia de Información en Salud, entendiéndose para este instituto las: Unidades de Medicina Familiar, Hospitales Generales de Zona, Hospitales Regionales, Hospitales Generales de Subzona, Hospitales Generales de Zona con Medicina Familiar y Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).

URR: Tasa 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.

Visitas a las Instalaciones de los Licitantes: Las señaladas en la Convocatoria y que forman parte de propuesta técnica del licitante, debiendo cumplir con los requisitos de ponderación señalados en el Anexo T3 (Anexo tres), Cédula de Verificación de las instalaciones en las Unidades de Hemodiálisis. Siguiendo el procedimiento para realizar las visitas, señalado en el apartado de Términos y Condiciones.

Descripción del Servicio de Hemodiálisis Subrogada a Contratar

Clave CUCOP: Clave: 33900010 Partida 33901 Servicio Médico.

El Instituto a fin de atender las necesidades de sus derechohabientes con insuficiencia renal crónica, requiere de la prestación del servicio de hemodiálisis subrogada, mismo que se señala en el Anexo T1 de requerimientos de las unidades médicas, del presente Anexo Técnico y Términos y Condiciones; por lo que el licitante participante deberá dar el debido cumplimiento a todos y cada uno de los requisitos que a continuación se describen:

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

El licitante deberá indicar la distancia entre cada unidad médica subrogada ofertada para cada partida y la unidad médica del IMSS correspondiente, de acuerdo al Anexo T0 (T-cero) Oferta Técnica.

Para el caso que el licitante presente oferta para más de una partida, deberá establecer el número de máquinas de hemodiálisis destinadas de forma exclusiva para cada partida, de acuerdo al Anexo T0 (T cero) "Oferta Técnica", a fin de corroborar que cuenta con la cantidad de máquinas necesarias para cubrir el requerimiento de cada partida ofertada.

Serán un total de 133 partidas como se describe a continuación:

Partidas	OOAD/UMAE	Tipo	Número	Localidad
35	Hidalgo	HGZMF	8	Ciudad Sahagún

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

1. 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 federales, 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.
2. Las Clínicas Subrogadas ofertadas deben ubicarse dentro de un radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la Unidad Médica a la que pretenda prestarse el servicio. Para los casos de los OOAD de Jalisco, Nuevo León, Ciudad de

México (D.F.) Sur y Norte, la Unidad de Hemodiálisis Subrogada ofertada deberá ubicarse dentro de un radio de distancia terrestre máxima de 20 kilómetros de la Unidad Médica del Instituto a la que se prestará el servicio, por lo que deberá presentar mapa de ubicación generada a través de la plataforma electrónica de Google Maps o análogo.

3. El área de tratamiento deberá ser considerada área semirestringida (zona gris).

4. 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 norma antes señalada en su numeral 4.1.4 Ambulancia de urgencias básicas, debiendo presentar como parte de su oferta la Factura de ambulancia misma, que se verificará que cumpla con los requisitos fiscales vigentes y que esté a nombre del licitante participante, para dar el servicio de traslado o en su caso presentar contrato y/o convenio del servicio correspondiente a nombre del licitante cuya vigencia comprenda como mínimo el término de la prestación del servicio, para los casos que se requieran tales como:

   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.

   La vigencia del contrato o convenio a de ambulancia deberá comprender como mínimo el término de la prestación del servicio que es al 31 de diciembre de 2024.

5. 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".

6. Central(es) de enfermeras con visibilidad de los pacientes.

7. Área de aislamiento equipada destinada a pacientes con enfermedades infecto-contagiosas como: VIH o Hepatitis B o C.

8. 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.

9. 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).

10. Área de lavado, desinfección y esterilización de material de curación y médico-quirúrgico, en caso de no contar con material desechable.

11. 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.

12. 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.

13. Debe contar con cisterna o tinacos para la disponibilidad de agua suficiente de acuerdo con la capacidad instalada de atención para los 365 días del año que permita la operación de la unidad.

14. Cada paciente deberá recibir las sesiones con duración de 3:00 a 4:00 horas por sesión de acuerdo con la prescripción del médico del IMSS.

15. El licitante deberá tener el número de máquinas de hemodiálisis, de acuerdo con 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; incluyendo días festivos. Los horarios diferentes se deberán acordar con las autoridades de los OOAD o de la UMAE correspondiente y si se requiere incrementar el tiempo de atención para cubrir los requerimientos de las necesidades de las Unidades Médicas del Instituto, se podrá aumentar a más de 4 turnos al día.

El licitante 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 licitante adjudicado deberá coordinar acciones con las unidades médicas asignadas para prestar el servicio en tiempo y forma.

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

1. 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 licitante adjudicado del servicio, 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 con el formato de subrogación de servicios 4-30-2/03.

2. El licitante adjudicado prestador del servicio subrogado será responsable de mantener un acceso vascular funcional y sin complicaciones derivadas de la prestación del servicio.

3. Una vez registrado el paciente en la unidad de hemodiálisis subrogada, el licitante adjudicado prestador del servicio deberá mantener los estudios actualizados para cada paciente conforme a lo establecido en el apartado denominado III "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 denominado VI "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. Se aclara que la atención de los pacientes de urgencia, será en condiciones hemodinámicamente estables; con relación a la atención de pacientes con apoyo ventilatorio, para estos debe existir comunicación entre la Unidad Hospitalaria del Instituto que envía al paciente y la Unidad Subrogada para su atención.

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

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

1. Peso, del paciente pre- y post- diálisis, presión arterial pre-, trans- y post- diálisis, temperatura pre- y post- diálisis, frecuencia cardiaca pre-, trans- y post- diálisis, verificar heparinización, tipo de filtros de diálisis, flujo del dializante, flujo sanguíneo, tiempo de diálisis y ultrafiltración, KT/V, 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.
2. Exploración física con especial énfasis en el acceso vascular.
3. Eventos relevantes y complicaciones.
4. Medicamentos administrados.
5. 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 con la ETIMSS 5640-023-004 vigente, mediante mensajería HL7.

III. **La unidad de hemodiálisis subrogada deberá realizar por cada paciente los siguientes estudios de laboratorio con la frecuencia que a continuación se especifica:**

1. En forma mensual: urea o nitrógeno ureico, biometría hemática completa, glucosa, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, AST (sólo en caso de pacientes seropositivos para hepatitis B o C).
2. Trimestral: Albúmina, proteínas totales, cinética de hierro (ferritina, transferrina).
3. Cuatrimestral: Determinación de antígeno de superficie (HBs Ag), Anti HCV.
4. Semestral: Colesterol, triglicéridos, VIH.

En caso de contar con laboratorio propio para la realización de estudios a pacientes, el licitante adjudicado deberá presentar copia del aviso de funcionamiento del laboratorio clínico, vigente, este documento se debe presentar en la propuesta técnica del licitante, así como en las visitas de verificación y asentar en la cédula correspondiente.

En caso de No contar con un laboratorio propio el licitante adjudicado deberá presentar copia del contrato del laboratorio clínico que procesará las muestras, debidamente firmado y cuya vigencia deberá ser por lo menos del periodo de prestación del servicio, este documento se debe presentar en la propuesta técnica del licitante, así como en las visitas de verificación y asentar en la cédula correspondiente.

IV. La adecuación de la sesión de 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:
    i. KT/V monocompartamental igual o mayor de 1.2
    ii. URR igual o superior al 65%

V. Criterios especiales a seguir por las unidades subrogadas:

1. 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 para el Instituto.
2. 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.
3. Los pacientes que se encuentren con hepatitis B o C o 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.
4. Los pacientes con hepatitis B o C o 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".
5. El material desechable utilizado en los procedimientos de hemodiálisis, deberá ser exclusivo para cada paciente.
6. El licitante 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.
7. 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 con cultivos bacteriológicos realizados en el área.
8. Fumigar todas las áreas de la unidad al menos una vez al mes, con plaguicidas o pesticidas y en su caso aplicar soluciones bactericidas.
9. 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.

10. 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.

11. 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 IV "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.

VI. **Responsabilidades del Instituto:**

1. 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, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, calcio, fósforo, AST, ALT, proteínas totales, albúmina, panel de hepatitis B y C, VIH y placa de tórax.

2. 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.

3. El Instituto, ratificará la continuidad del servicio de cada paciente, a través de la verificación de la vigencia de derechos actualizada.

4. 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.

5. 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, del presente documento.

6. 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.

7. Procedimiento de transfusión en caso necesario y previa valoración médica.

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

VII. Responsabilidades del licitante adjudicado prestador del servicio subrogado:

1. El licitante adjudicado deberá prestar el servicio subrogado de hemodiálisis con base en la convocatoria, términos y condiciones y conforme a lo señalado en los apartados de este Anexo Técnico, y sus Anexos; Anexos T1 (T uno) Requerimiento de sesiones para pacientes en Hemodiálisis Subrogada por Partida; T2 (T dos) 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) BIENES DE CONSUMO PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES y E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO, Anexo T3 (T tres) Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas, (y escrito de manifestación que cumple con todos y cada uno de los requisitos señalados en dicho Anexo); T4 (T cuatro) Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada; T5 (T cinco) Calendario para entrega de las pruebas de la calidad del agua de hemodiálisis subrogada; T6 (T seis) Calendario para entrega mensual de catéteres; T7 (T siete) Tabla cifras de control de registro nominal hemodiálisis subrogado; T8 (T ocho) Directorio de unidades médicas; T9 (T nueve) Formato de Solicitud de Subrogación de Servicios

(4-30-2/03); T9 Bis (T nueve bis) Características de operación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada; Anexo TI 1 (TI uno) Solicitud de pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7; Anexo TI dos (TI dos) Escrito en formato libre; Anexo TI 3 (TI tres) Acuerdo de Confidencialidad; Anexo TI 4 (TI cuatro) Designación de contacto responsable y Anexo TI 5 (TI cinco) Designación de sistema y empresa soporte, 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:

   I. Hipotensión arterial severa, cuadro de cardiopatía isquémica aguda, descompensación metabólica aguda, bacteriemia, arritmias cardiacas, enfermedad cerebral vascular en fase de instalación y cualquier otra eventualidad aguda que comprometa la integridad y estabilidad hemodinámica del paciente.

   II. Complicaciones del acceso vascular temporal que se deriven:

      i. De la manipulación del catéter.
      ii. Disfunción inherente del catéter.
      iii. Generadas durante el proceso de hemodiálisis.

   III. Complicaciones del acceso vascular definitivo que se deriven:

      i. De la manipulación o cateterización.
      ii. Disfunción inherente del acceso.
      iii. 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:

   I. Un resumen clínico del caso.

   II. Detalle de la complicación.

   III. Atención que se brindó, y

   IV. Resultados obtenidos, con objeto de dar continuidad al tratamiento.

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

4. Deberá enviar al Jefe de Servicio de la unidad hospitalaria institucional correspondiente: resumen mensual, con nota de evolución, eventos relevantes, resultados de laboratorio y gabinete, observaciones de cada uno de los pacientes.

5. Dará las facilidades necesarias para que el personal autorizado y designado por el Instituto pueda hacer las visitas de supervisión referidas en el numeral VI 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 reusó de dializadores de forma automatizada.

7. Es responsabilidad estricta del licitante 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 licitante adjudicado 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 reusó 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 cuya vigencia deberá ser por lo menos del periodo de prestación del servicio, estos documentos deben presentarse como parte de su propuesta técnica del licitante, así como en las visitas de verificación, o en caso de contar con laboratorio propio copia de la licencia de funcionamiento del laboratorio clínico vigente y a nombre del licitante, estos documentos deben presentarse como parte de su propuesta técnica y en las visitas.
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 CNIS del Anexo T 2 (T dos).

VIII. Cantidad de sesiones de hemodiálisis requeridas:

La cantidad mínima y máxima de sesiones de hemodiálisis a contratar por localidad se establece en el Anexo T1 (T-uno) del presente documento, para un periodo de contratación a partir del día 16 natural posterior de la emisión y notificación del fallo y hasta el 31 de diciembre del 2024.

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

Personal

1. 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.
2. 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 del OOAD /UMAE que le corresponde
3. El personal de enfermería con especialidad en nefrología o personal profesional y técnico con capacitación y adiestramiento en hemodiálisis demostrará documentalmente haber recibido la especialidad en nefrología o en su caso, haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de seis meses impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada. El servicio deberá contar con al menos una enfermera por cada 3 (tres) máquinas de hemodiálisis.
4. 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, en las visitas de supervisión por el Instituto durante la prestación del Servicio, el licitante adjudicado, deberá de mostrar las capacitaciones relacionadas con este rubro (bastará con estar referenciado en el Manual de procedimientos técnicos del servicio de hemodiálisis el manejo de sangre, material y equipos contaminados con virus de Hepatitis B y C y VIH).
5. El licitante adjudicado, deberá realizar vacunación para Hepatitis B a los seronegativos y, determinación de Aspartato aminotransferasa (AST), antígeno de superficie (Hbs Ag) y anti-HVC cada seis meses, mostrando comprobante de vacunación en las visitas de supervisión por el Instituto durante la prestación del Servicio.

X. Infraestructura, Equipamiento y Suministros

Área Física

La unidad de hemodiálisis subrogada deberá estar conforme a la NOM-003-SSA3-2010 "Para la práctica de hemodiálisis" en su numeral 6.1, 6.4 y derivados, y 6.5.

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

1. El área para cada estación de hemodiálisis deberá ser de por lo menos 1.5 x 2.0 mts.
2. Consultorio.
3. Área de recepción de fácil acceso a los pacientes.
4. Central de enfermeras.
5. Almacén.
6. Área de prelavado y de tratamiento de agua.
7. Sanitarios para pacientes, diferenciado para hombres y mujeres.
8. Sanitarios para personal de la unidad.
9. Cuarto séptico.
10. Área administrativa.
11. 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.
12. Instalaciones y accesorios propios para el manejo de pacientes con capacidades diferentes.
13. Sala de espera.

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

XI. Características del Equipo y de los Bienes de Consumo

1. El licitante deberá ajustarse a lo descrito en la NOM-003-SSA3-2010 "Para la práctica de hemodiálisis".
2. Los bienes de consumo se deberán apegar a lo descrito en el Anexo T2 (T dos).
3. Las máquinas de hemodiálisis deberán apegarse al Compendio Nacional de Insumos para la Salud, clave 531.340.0169 y a la Clave 531.340.0227, en caso de optar por reprocesamiento de los dializadores.
4. La unidad de hemodiálisis deberá contar con máquinas exclusivas y en área aislada para pacientes con seropositividad a hepatitis B, C y VIH.
5. 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.
6. No deberán contener leyendas "Only Export" ni "Only Investigation", ser modelos descontinuados 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 los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años. En el caso de que los equipos hayan presentado alerta médica el licitante debe contar con el alta o resolución de esta.

   Cuando se trate de un procedimiento de Licitación Pública Electrónica de Carácter Internacional bajo Cobertura de tratados, las personas físicas deben acreditar ser de nacionalidad mexicana o de alguno de los países con los que México tiene un tratado de libre comercio con capítulo de compras gubernamentales y en el caso de personas morales, deberán acreditar su existencia legal con las escrituras públicas correspondientes, esto es acreditar que

fueron constituidas conforma a las leyes mexicanas o a las leyes de alguno de los países con los que México tiene celebrado un tratado de libre comercio con capítulo de compras gubernamentales.

7. Dializador de fibra hueca de membrana sintética o semisintética, biocompatibles, específicos para pacientes adultos o pediátricos según corresponda.
8. Ácido y bicarbonato en concentraciones de acuerdo con los equipos de hemodiálisis propuestos para la prestación del servicio.
9. Línea arteriovenosa.
10. Agujas fístula para punción de acceso venoso y arterial.
11. Catéter temporal o permanente o injerto vascular heterólogo.
12. Material estéril necesario para conexión y desconexión de fístula o catéter.

Para corroborar el cumplimiento de dichas características, deberá presentar folletos, catálogos, instructivos y, en su caso, fotografías de los equipos necesarios en idioma español y debidamente referenciado.

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

XII. 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 licitante adjudicado, 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 determinará y notificará al prestador del servicio, las fechas en que el prestador de servicio 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 T 5 (T-cinco) CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIALISIS SUBROGADA.

XIII. 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 del presente documento, 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 los 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.

Para el caso en el que las Unidades Subrogadas se encuentren certificadas por el Consejo de Salubridad General, las visitas de supervisión se realizarán cada 6 meses, en el caso de que la Unidad Subrogada se encuentre en proceso de Certificación, las visitas se realizarán cada 4 meses y en el caso de que la Unidad Subrogada no se encuentre ni en proceso de certificación ni certificada, las visitas se realizarán cada 2 meses.

XIV. Constancias con las que deberá contar el licitante:

1. 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, conforme a lo establecido en el artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de 5 años), en el que se deberá identificar:

   i. Número de registro, prórroga o modificación.
   ii. Titular del registro.
   iii. Nombre y domicilio del fabricante.
   iv. Indicaciones de uso y/o descripción.
   v. Modelo(s).
   vi. Fecha de emisión y de vencimiento.
   vii. Nombre, firma autógrafa y cargo del servidor público que la emite.

   En caso de que el Registro Sanitario no se encuentre dentro del periodo de vigencia de 5 años, conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, el licitante deberá presentar:

   i. Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.
   ii. Copia simple del "Comprobante de Trámite de Prórroga" en el que se acredite el trámite de prórroga del registro sanitario o, en su caso, copia simple de la "Constancia de Prórroga" emitida por la COFEPRIS del Registro Sanitario sometido a prórroga.

   De no cumplirse estos requisitos con las condiciones establecidas será causal de desechamiento de la propuesta, toda vez que se afectaría la solvencia de la propuesta.

   En caso de que los bienes ofertados no requieran de Registro Sanitario, deberá anexar constancia oficial, expedida por COFEPRIS, con firma y cargo del servidor público que la emite, que lo exima del mismo o el "Listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del registro sanitario, y de aquellos productos que por su naturaleza, características propias y uso no se consideran como insumos para la salud y por ende no requieren registro sanitario", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre del 2014, en el que identifique aquellos que oferte.

1. Para cualquiera de los casos indicados, la documentación que acredite lo solicitado, deberá ser completa y, en caso de estar en idioma diferente al español deberá presentar la traducción simple al español, en el entendido de que la traducción podrá contener únicamente las páginas, secciones y/o párrafos que soporten sus proposiciones. Asimismo, la documentación presentada, deberá estar vigentes al Acto de Presentación y Apertura de Proposiciones.

2. Licencia Sanitaria y/o Aviso de Funcionamiento y de responsable Sanitario ante la COFEPRIS vigente y a nombre del licitante actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada.

3. 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, si el idioma es distinto al español, deberá presentar su traducción simple.

4. 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 vigentes o copia del Certificado de calidad (ISO 9001 vigente o ISO 13485:2016).

5. 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.

6. 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.

7. 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, Si el certificado está en idioma distinto al español, deberá presentar su traducción simple al español.

8. Escrito del licitante manifestando que cumple con los requisitos señalados en el Anexo T3 (T tres), Cédula de verificación de las Instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas, a cargo del personal designado por OOAD o UMAE o Nivel Central de Conformidad con lo establecido en la Convocatoria, y en el Inciso g) numeral 5 "VISITAS A LAS INSTALACIONES DE LOS LICITANTES" del apartado de Términos y Condiciones.

b) Sistema de Información y Mensajería HL7 del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada.

1. Evaluación del Sistema de Información

Requisitos previos para la evaluación del Sistema de Información:

El(los) Licitante(s) deberá(n)entregar dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores a la fecha de emisión y notificación del fallo en las Oficinas del Administrador de Contrato en copia física y por medio electrónico a la CPSMA (eduardo.monsivais@imss.gob.mx) la siguiente documentación:

i. Firma de Acuerdo de Confidencialidad, Anexo TI 3 (TI tres) "Acuerdo de Confidencialidad".

El(los)) Licitante(s) Adjudicado (s) se compromete(n) con el Instituto a firmar un acuerdo de confidencialidad por partida, Anexo TI 3 (TI tres) "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 la prestación del servicio para un fin distinto al

establecido en su objeto y en el presente documento, sujetándose a las responsabilidades económicas, penales y de cualquier otra índole a instancia del Instituto, que deriven del incumplimiento de este acuerdo.

ii. Designación de contacto responsable, Anexo TI.4 (Anexo TI CUATRO) "Designación de Contacto Responsable".

El(los) Licitante(s) Adjudicado (s) deberá(n) notificar por escrito al administrador de contrato, Anexo TI. 4 (Anexo TI CUATRO) "Designación de Contacto Responsable", los datos de contacto de la persona responsable de establecer comunicación con el Instituto para todo lo referente al Sistema de Información, la cual debe mantener una relación laboral con la empresa interesada en prestar el servicio médico. Toda comunicación entre el Instituto y el(los) Licitante(s) Adjudicado (s) será única y exclusivamente mediante el personal designado, por lo que el Instituto se reserva el derecho de atender toda solicitud proveniente de proveedores o personas distintas a las designadas. Es obligación del(los) Licitante (s) Adjudicado(s) mantener actualizados los contactos que designe e informar sobre dichos cambios al administrador de contrato.

iii. Designación de sistema y empresa soporte, Anexo TI.5 (Anexo TI CINCO) "Designación de Sistema y Empresa Soporte".

El(los) Licitante(s) Adjudicado (s) deberá(n) notificar por escrito al Administrador del Contrato y con copia al Titular de la Coordinación Técnica de Servicios Médicos Indirectos (CSTMI) el Anexo TI 5 (TI cinco) "Designación de Sistema y Empresa Soporte", el(los) Sistema(s) de Información que propone(n) implantar en los establecimientos subrogados que componen las partidas adjudicadas de acuerdo con lo especificado en su propuesta técnica.

iv. Solicitud de Pruebas de Funcionalidad y Envío de Mensajería HL7, Anexo TI 1 (TI Uno) "Solicitud de pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7".

El(los) Licitante(s) Adjudicado (s) deberá(n) solicitar por escrito, Anexo TI 1 (TI uno) "Solicitud de pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7", una cita de pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7 para su Sistema de Información.

La solicitud de pruebas de funcionalidad deberá dirigirse al Titular de la Coordinación Técnica de Servicios Médicos Indirectos dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores a la emisión y notificación del fallo y con copia al Administrador del Contrato vía correo electrónico a las siguientes direcciones: nemesio.ponce@imss.gob.mx y eduardo.monsivais@imss.gob.mx , para lo cual se contestará por correo electrónico la confirmación de la cita con la fecha y hora para la prueba de funcionalidad respectiva, misma que será realizada por el personal de la Coordinación Técnica de Servicios Médicos Indirectos (CTSMI) y la Coordinación Técnica de Servicios Digitales y de Información para la Salud (CTSDIS), cada una en su respectivo ámbito de competencia.

Todos los documentos relativos a los incisos: i. Firma de Acuerdo de Confidencialidad, ii. Designación de contacto responsable con sus datos y iii. Designación de sistema y empresa soporte; deberán entregarse en las instalaciones del Administrador del Contrato, y respecto al inciso iv. Solicitud de Pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7, deberá entregarse vía correo electrónico a las siguientes direcciones: nemesio.ponce@imss.gob.mx y eduardo.monsivais@imss.gob.mx y en las instalaciones de la Coordinación Técnica de Servicios Médicos Indirectos (CTSMI) . Los documentos antes referidos deberán entregarse mediante un escrito libre en hoja membretada de la empresa adjudicada, debidamente firmada por su representante legal con facultades de administración o de dominio en días y horas hábiles.

2. Pruebas de evaluación del Sistema de Información

La evaluación del sistema de información consta de dos fases:

i. Evaluación en oficina: Serán realizadas en las instalaciones de la CSDISA en conjunto con la CPSMA, la evaluación del Sistema de Información del(los) Licitante(s) se realizará conforme a lo establecido en la ETIMSS 5640-023-004 vigente. En caso de cumplir en su totalidad con la evaluación en oficina, la CTSMI realizará las gestiones correspondientes para agendar la evaluación al sistema de información en sitio, asimismo notificará al Administrador del Contrato para los efectos conducentes.

ii. Evaluación en sitio: Serán realizadas en conjunto con el CDI en OOAD o DIB en UMAE y el jefe o encargado de Nefrología o Medicina Interna, CSDISA y la CPSMA o quienes éstas designen, se realizará la evaluación de la funcionalidad y del envío de mensajería HL7 del Sistema de Información del(los) Licitante (s), apegada a lo establecido en la ETIMSS 5640-023-004 vigente y la cual, deberá realizarse en alguna de las unidades médicas subrogadas previo acuerdo con el Administrador del Contrato.

Las pruebas funcionales en oficina y sitio considerarán, una prueba, respectivamente de los esquemas de reenvió de la mensajería HL7, considerando todos los escenarios de falla y relativos a la infraestructura del(los) Licitante(s), esto para tener claros los parámetros y protocolos de actuación. Esta prueba será evaluada por el área que el Instituto determine en acompañamiento de la CPSMA y CSDISA o bien, el personal que estas áreas designen.

El(los) Licitante(s) de cada partida deberá(n) cubrir en su totalidad los puntos mencionados en la ETIMSS 5640-023-004 vigente durante las pruebas funcionales y de envío de mensajería HL7, en oficina y en sitio, en un plazo no mayor de los 60 días naturales contados a partir de la emisión y notificación del fallo, previo a la instalación del Sistema de Información en las partidas adjudicadas.

Para las pruebas funcionales se permitirá como máximo tres intentos para acreditar las pruebas funcionales en oficina y dos intentos para las pruebas en sitio para aprobar en su totalidad con los puntos mencionados en la ETIMSS 5640-023-004 vigente; dentro del plazo establecido, de 60 días naturales contados a partir de la emisión y notificación del fallo.

Una vez agotado el plazo de los 60 días naturales, la Coordinación de Servicios Digitales y de Información para la Salud y Administrativos (CSDISA) o quien el Instituto designe, deberá notificar al Administrador del Contrato sobre el cumplimiento o incumplimiento de este requisito.

Una vez concluidas las pruebas funcionales (en oficina y en sitio), la CSDISA en conjunto con la CPSMA, emitirán, al(los) Licitante (s), un documento en el cual se acredite el cumplimiento del proceso para la instalación del Sistema de Información en todas las partidas adjudicadas, respecto a lo establecido en la ETIMSS 5640-023-004 vigente (documento denominado: Comprobante de Cumplimiento de la Especificación Técnica).

Una vez concluido el periodo establecido para la realización de las pruebas de funcionalidad y puesta en punto del sistema de información, la CSDISA no recibirá más solicitudes.

3. Instalación y Puesta a Punto del Sistema de Información.

i. El(los) Licitante (s) deberá(n) llevar a cabo la instalación y puesta en operación del Sistema de Información que acreditó las pruebas funcionales señaladas en el punto anterior, para otorgar el Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada, conforme a las características y plazos establecidos.

ii. El(los) Licitante (s) deberá(n) acordar y entregar al Administrador del Contrato con copia a la CPSMA al correo eduardo.monsivais@imss.gob.mx el Calendario de Despliegue respecto de la instalación del sistema de información en las partidas adjudicadas, en un plazo no mayor a 2 (dos) días hábiles posteriores a la acreditación de las pruebas en sitio.

iii. El(los) Licitante (s) deberá(n) coordinar acciones con la Coordinación Delegacional de Informática (CDI) en OOAD o DIB en UMAE o quien éstas determinen, para realizar las gestiones técnicas implicadas en el despliegue del Sistema de Información.

iv. El(los) Licitante (s) deberá(n) llevar a cabo la instalación y puesta en operación de los programas de cómputo asociados, equipos de cómputo, UPS y periféricos necesarios para el control del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada y otorgar apoyo técnico necesario con personal capacitado, dentro de los plazos establecidos en los niveles de servicios los cuales se encuentran establecidos en los Términos y Condiciones.

v. El Administrador del Contrato y el CDI en OOAD o DIB en UMAE; validarán que la versión del sistema de información a instalar en todos los establecimientos subrogados adjudicados sea la previamente evaluada y aprobada por la CSDISA, CPSMA y el CDI en OOAD o DIB en UMAE, en las pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7 realizadas conforme a la ETIMSS 5640-023-004 vigente.

vi. El(los) licitante(s) Adjudicado(s) deberá(n) instalar el sistema de información que acreditó en sitio conforme a la ETIMSS 5640-023-004 vigente a entera satisfacción del Instituto, dentro del plazo de los 60 días naturales posteriores al fallo, en todos y cada uno de los establecimientos subrogados adjudicados.

vii. El Instituto, se reserva el derecho de poder revisar en cualquiera de los establecimientos subrogados en donde el(los) licitante(s) Adjudicado(s) otorga(n) el servicio, que la versión instalada del Sistema de Información sea la descrita en el documento Comprobante de Cumplimiento de la Especificación Técnica, teniendo en cuenta que el incumplimiento por parte del(los) licitante(S) Adjudicado(s) activará los supuestos de penas convencionales y/o deducciones establecidas.

viii. El Instituto a través del Administrador del Contrato o quien éste determine, podrá evaluar, en cualquiera de los establecimientos subrogados en donde el(los) licitante(s) Adjudicado(s) otorga(n) el servicio, desviaciones en la operación derivadas del funcionamiento del Sistema de Información, de manera que el Área Requirente o Administrador del Contrato, solicite a la CSDISA la revisión correspondiente.

ix. Ante cualquier cambio sobre la versión del Sistema de Información descrita en el documento Comprobante de Cumplimiento de la Especificación Técnica, el(los) licitante(s) Adjudicado(s) deberá(n) someter a evaluación la nueva versión del Sistema y en caso necesario rehacer la batería de pruebas iniciales para garantizar el correcto funcionamiento.

x. En caso de que el Instituto realice alguna modificación en la ETIMSS vigente, deberá notificarlo a través del Administrador del Contrato al licitante adjudicado y este último deberá realizar los cambios en el(los) sistema(s) informático(s) necesarios para garantizar la continuidad del servicio, los cuales estarán sujetos a la aprobación del Instituto a través del Administrador del Contrato, CPSMA y CSDISA; en los mismos términos planteados para la puesta a punto y pruebas para la evaluación del sistema de información, lo anterior mencionado sin costo adicional para el instituto.

4. Registro de Información del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada

La mensajería HL7 descrita en la ETIMSS 5640-023-004 vigente, deberá ser enviada de manera exitosa (con respuesta exitosa por parte de los servicios web del Instituto) a la base de datos central del Instituto dentro de las 24 horas siguientes a la fecha del evento de otorgamiento del servicio médico subrogado en las partidas adjudicadas.

5. Capacitación del Sistema de Información.

i. El(los) Licitante(s) que resulte(n) adjudicado(s) elaborará(n) y presentará(n) al Administrador del Contrato un proyecto de Programa de Capacitación del Sistema de Información, el cual tendrá los contenidos temáticos y la duración, considerando todos los turnos de trabajo del Jefe de Servicio de Nefrología o Medicina Interna o a quién el Instituto determine para éste fin con lista de asistencia.

ii. El(los) Licitante(s) que resulte(n) adjudicado(s) proporcionará(n) capacitación al personal de la Unidad Médica o al que el Instituto designe, de acuerdo con el perfil de los usuarios; entregarán una copia del manual de usuario impreso o electrónico en idioma español con acuse de recibo en formato libre a cada Licitante, llevará listas de asistencia, evaluaciones y firma de conformidad por parte del usuario, al término de la capacitación extenderá constancia de esta.

iii. El(los) Licitante(s) que resulte(n) adjudicado(s) se comprometerá(n) a mantener capacitado permanentemente al personal que así lo requiera la Unidad Médica del Instituto durante la vigencia de la prestación del servicio, sin costo adicional para el Instituto, todo ello a conformidad del Jefe o Responsable de Nefrología o Medicina Interna. Las capacitaciones que se soliciten como subsecuentes, deberán iniciarse a más tardar 7 (siete) días hábiles después de haberse solicitado al(los) Licitante(s) Adjudicado(s).

iv. El(los) Licitante(s) que resulte(n) adjudicado(s) entregará(n) la evidencia (Constancia y lista de asistencia) que acredite el cumplimiento del Programa de Capacitación al Administrador del Contrato, dentro del periodo de 60 (sesenta) días naturales posteriores a la emisión y notificación del fallo.

6. Generales

El licitante adjudicado deberá proporcionar un acceso al Sistema de Información vía web a la CPSMA/CTSMI y a los Jefes de Servicio en cada Unidad Médica del Instituto o a los usuarios que el Instituto designe para consulta de información correspondiente a los servicios otorgados de acuerdo con el perfil establecido en la ETIMSS 5640-023-004 vigente, a más tardar el día 60 (sesenta) posterior a la emisión y notificación del fallo.

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

Como elemento adicional, el Sistema de Información del licitante adjudicado deberá permitir al Jefe de Servicio de la Unidad Médica del Instituto, 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 del Administrador del Contrato o donde el Instituto designe.

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

En atención al numeral 7.2.16 de la **Norma que Establece las Disposiciones Generales para la Planeación, Obtención y el Control de los Servicios Subrogados de Atención Médica** los administradores de los contratos, titulares de OOAD, Jefes de Servicios de Prestaciones Médicas, Directores o Directores Médicos de UMAE o a quien éstos designen según corresponda deberán registrar el consumo de los servicios en los sistemas institucionales que el Instituto designe; así mismo deberán informar trimestralmente a la CTSMI los resultados de la aplicación de los mecanismos de control y supervisión de la calidad implementados de los servicios subrogados contratados.

c) **Modificación de la especificación técnica de algún bien que no se encuentre regulado por el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.**

NO APLICA

d) **Modificación de las especificaciones técnicas de un bien respecto de las estipuladas en el ejercicio anterior y que, derivado de la investigación de mercado, el área contratante advierta que existen circunstancias que puedan limitar la libre participación, concurrencia y competencia económica.**

NO APLICA

e) **Normas oficiales mexicanas, normas internacionales normas de referencia o especificaciones cuyo cumplimiento se exige a los licitantes, licencias, autorizaciones y permisos.**

i. **Norma Oficial Mexicana NOM 003-SSA3-2010**, Para la práctica de la hemodiálisis, fecha de publicación en el DOF 8/6/2010.

ii. **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.

iii. **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.

iv. **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.

v. **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.

vi. **Norma Oficial mexicana NOM-001-SEDE-2012,** Instalaciones Eléctricas. Fecha de Publicación en el DOF 29/11/2012.

vii. **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.

viii. **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.

ix. **Norma Oficial mexicana NOM-025-STPS-2008,** Condiciones de iluminación en los centros de trabajo. Fecha de Publicación en el DOF 12/12/ 2008.

x. **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.

xi. **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.

xii. **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.

xiii. **NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013,** Regulación de los servicios de salud. Atención médica pre hospitalaria, Fecha de Publicación en el DOF: 23/09/2014.

xiv. **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.

xv. **Norma Oficial mexicana NOM-223-SSA1-2003:** Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, transito, uso, y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención medica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. Fecha de Publicación en el DOF 16/12/2003.

xvi. **2000-001-006** Norma que Establece las Disposiciones Generales para la Planeación, Obtención y el Control de los Servicios Subrogados de Atención Médica.

Se solicita que la Unidad de Hemodiálisis Subrogada ofertada por el licitante se encuentre Certificada o en Proceso de Certificación como se establece en el inciso a), numeral 1, del presente documento.

TÉRMINOS Y CONDICIONES

SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA

SERVICIO MÉDICO 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:

a) VIGENCIA DE LA CONTRATACIÓN Y EJERCICIO PRESUPUESTAL AL QUE CORRESPONDA.

1. VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

B.1 LA VIGENCIA DEL CONTRATO SERÁ A PARTIR DE 01 DE JULIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024.

NOTA: EN CASO DE QUE EL LICITANTE ADJUDICADO ESTE EN POSIBILIDADES DE DAR INICIO ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE PUESTA A PUNTO DE 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES, PODRÁ HACERLO, PREVIA COORDINACIÓN Y CORRESPONSABILIDAD CON EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO Y AUXILIARES DEL CONTRATO DEL INSTITUTO CORRESPONDIENTE, DE FORMA QUE EL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, SE OTORGUE DE MANERA ININTERRUMPIDA A LA DERECHOHABIENCIA.

b) PLAZO DE ENTREGA DEL BIEN, ARRENDAMIENTO O SERVICIO, INDICANDO EN SU CASO, EL CALENDARIO CON PROGRAMA Y CONDICIONES DE ENTREGAS QUE CORRESPONDA.

2. LUGAR, PLAZO DE ENTREGA

2.1 CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

EL LICITANTE DEBERÁ OFERTAR EN SU PROPUESTA QUE EL PROCEDIMIENTO DE HEMODIÁLISIS SE LLEVARÁ A CABO ÚNICAMENTE EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEL LICITANTE ADJUDICADO.

POR NINGÚN MOTIVO PODRÁ EL PRESTADOR DEL SERVICIO OTORGAR EL PROCEDIMIENTO DE HEMODIÁLISIS A TRAVÉS DE TERCEROS O EN INSTALACIONES DISTINTAS A LAS PROPUESTAS Y ESTIPULADAS EN SU OFERTA TÉCNICA.

EL HORARIO DE SERVICIO SERÁ DE LAS 7:00 A LAS 21:00 HORAS DE LUNES A SÁBADO; INCLUYENDO DÍAS FESTIVOS, DE CONFORMIDAD CON LO QUE INDICA EL INCISO A) DEL ANEXO TÉCNICO "LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA DEBERÁ CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES PUNTOS". SIN EMBARGO, SI SE REQUIERE INCREMENTAR EL TIEMPO DE ATENCIÓN PARA CUBRIR LOS REQUERIMIENTOS DE LAS NECESIDADES DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO, SE PODRÁ AUMENTAR A MÁS DE 4 TURNOS AL DÍA.

EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEBERÁ SER PRESTADO DENTRO DEL PLAZO ESTABLECIDO Y DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DE LAS UNIDADES MÉDICAS CONTENIDAS EN EL ANEXO T1 (T-UNO), EL CUAL FORMA PARTE DEL PRESENTE DOCUMENTO.

2.2 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:

2.2.1 DEBERÁ PRESENTAR 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 EL HORARIO DE LA PRÁCTICA DE ESTA A LOS PACIENTES DEL INSTITUTO.

2.2.2 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 DEL LICITANTE ADJUDICADO, 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, EN EL ANEXO TÉCNICO.

EL LICITANTE ADJUDICADO 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 COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS (COCTI), CUYAS MUESTRAS UTILIZADAS PARA ESTE EFECTO, DEBERÁN SER REPUESTAS POR EL LICITANTE ADJUDICADO SIN COSTO PARA EL INSTITUTO, AL ÁREA DEL IMSS QUE ASÍ LO SOLICITE.

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).

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 LICITANTE ADJUDICADO 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 QUE SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE SUSTENTADAS EN NOTA MÉDICA Y NOTIFICADAS A LA UNIDAD MÉDICA. POR LO ANTERIOR NO SE ACEPTARÁ COMO OTORGADO EL SERVICIO SÍ POR CAUSAS IMPUTABLES AL LICITANTE ADJUDICADO, 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 EL REUSÓ DE DIALIZADORES DE FORMA AUTOMATIZADA.

EN CASO DE OPTAR POR EL REÚSO DE DIALIZADORES DEBERÁ GARANTIZAR EL CORRECTO TRATAMIENTO DE LOS MISMOS CON BASE AL APÉNDICE NORMATIVO B DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-003-SSA3-2010, PARA LA PRÁCTICA DE LA HEMODIÁLISIS.

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) DEL PRESENTE DOCUMENTO.

EL JEFE O ENCARGADO DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA O DE MEDICINA INTERNA DE LA UNIDAD MÉDICA DEL IMSS Y EL PRESTADOR DEL SERVICIO; DETERMINARÁN EN CONJUNTO, LAS FECHAS EN QUE EL LICITANTE ADJUDICADO PRESTADOR DE SERVICIO DETERMINARÁ Y NOTIFICARÁ AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, LAS FECHAS EN QUE ÉSTE 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 DE LOS ESTUDIOS MENCIONADOS, MEDIANTE Y CONFORME EL ANEXO T5 (T-CINCO) CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA.

EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y EL LICITANTE ADJUDICADO PRESTADOR DEL SERVICIO 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 LICITANTE ADJUDICADO 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. EN ATENCIÓN AL NUMERAL 7.2.16 DE LA NORMA **QUE ESTABLECE LAS DISPOSICIONES GENERALES PARA LA PLANEACIÓN, OBTENCIÓN Y EL CONTROL DE LOS SERVICIOS SUBROGADOS DE ATENCIÓN MÉDICA** LOS ADMINISTRADORES DE LOS CONTRATOS DEBERÁN REGISTRAR EL CONSUMO DE LOS SERVICIOS EN LOS SISTEMAS INSTITUCIONALES; ASÍ MISMO DEBERÁN INFORMAR TRIMESTRALMENTE A LA CTSMI LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LOS MECANISMOS DE CONTROL Y SUPERVISIÓN DE LA CALIDAD IMPLEMENTADOS DE LOS SERVICIOS SUBROGADOS CONTRATADOS. CON BASE EN LOS SIGUIENTES PERFILES:

i. ADMINISTRADOR DE CARGAS DE INFORMACIÓN.

ii. REGISTRAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA POR LOS SISTEMAS DEL INSTITUTO, GENERADA EN LOS SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA EN CADA UNIDAD MÉDICA.

3. NIVELES DE SERVICIO, PENAS CONVENCIONALES Y DEDUCTIVAS

3.1 NIVELES DE SERVICIO

EL LICITANTE ADJUDICADO, DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, DEBERÁ CUMPLIR CON LOS NIVELES DE SERVICIO DESCRITOS A CONTINUACIÓN:

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO
EL PLAZO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SERÁ A MÁS TARDAR EL DÍA 16 NATURAL, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO Y HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024.	A PARTIR DEL DÍA 16 NATURAL CONTADOS A PARTIR DEL DÍA NATURAL SIGUIENTE DE LA NOTIFICACIÓN Y EMISIÓN DEL FALLO.

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO
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.
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)
CANJE – REPOSICIÓN DE BIENES POR VICIOS OCULTOS O PROBLEMAS DE CALIDAD.	CUANDO EXCEDE DE 7 (SIETE) DÍAS NATURALES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE NOTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE CANJE-REPOSICIÓN.

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO
EL LICITANTE ADJUDICADO REALIZARÁ LA ENTREGA EN LAS OFICINAS DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO CON COPIA A LA CPSMA CONFORME AL INCISO B) NUMERAL 1 DEL ANEXO TÉCNICO 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 RESPECTO A LA SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7, EL LICITANTE ADJUDICADO REALIZARÁ LA ENTREGA AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y ESTE A SU VEZ, ENTREGARÁ LA SOLICITUD POR ESCRITO EN LAS OFICINAS DE LA COORDINACIÓN TÉCNICA DE SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES (CTSMI) Y POR CORREO ELECTRÓNICO DIRIGIDO AL DR. NEMESIO PONCE SÁNCHEZ: NEMESIO.PONCE@IMSS.GOB.MX Y AL DR. EDUARDO MONSIVÁIS HUERTERO: EDUARDO.MONSIVAIS@IMSS.GOB.MX	DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO.
CAPACITACIÓN PREVIA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN. EL(LOS) LICITANTE(S) ADJUDICADO(S) DEBERÁ(N) REALIZAR LA CAPACITACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL PERSONAL QUE EL INSTITUTO DESIGNE, CONFORME AL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN. ASIMISMO, ENTREGARÁN UNA COPIA DEL MANUAL DE USUARIO IMPRESO O ELECTRÓNICO CON ACUSE DE RECIBO EN FORMATO LIBRE A CADA PARTICIPANTE, Y LLEVARÁ LISTAS DE ASISTENCIA, EVALUACIONES Y FIRMA DE CONFORMIDAD POR PARTE DEL USUARIO, AL TÉRMINO DE LA CAPACITACIÓN EXTENDERÁ CONSTANCIA DE ESTA.	A MÁS TARDAR EL DÍA 60 (SESENTA) NATURAL CONTADO A PARTIR DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO (DE ACUERDO CON EL INCISO B) NUMERAL 5 DEL ANEXO TÉCNICO).
CAPACITACIÓN CONTINUA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN. EL(LOS) LICITANTE(S) ADJUDICADO(S) A LAS PARTIDAS DEBERÁ REALIZAR LA CAPACITACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL PERSONAL DESIGNADO POR EL INSTITUTO, CUANDO EXISTA ROTACIÓN DE PERSONAL, LLEGADA DE NUEVO PERSONAL A LOS SERVICIOS, O CUANDO EL INSTITUTO CONSIDERE NECESARIA UNA RECAPACITACIÓN. ASIMISMO, ENTREGARÁN UNA COPIA DEL MANUAL DE USUARIO IMPRESO O ELECTRÓNICO CON ACUSE DE RECIBO EN FORMATO LIBRE A CADA PARTICIPANTE, Y LLEVARÁ LISTAS DE ASISTENCIA, EVALUACIONES Y FIRMA DE CONFORMIDAD POR PARTE DEL USUARIO, AL TÉRMINO DE LA CAPACITACIÓN EXTENDERÁ CONSTANCIA DE ESTA.	EN UN PLAZO MÁXIMO DE 7 (SIETE) DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE HABERSE SOLICITADO AL PROVEEDOR

CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO
INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN, DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN CONFORME AL ANEXO TÉCNICO Y LA ETIMSS 5640-023-004 - VIGENTE	DENTRO DE LOS 60 (SESENTA) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO.
EL LICITANTE ADJUDICADO PROPORCIONARÁ AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO CON COPIA A LA CPSMA CONFORME AL ANEXO TÉCNICO UN CALENDARIO DE DESPLIEGUE DEL SISTEMA EVALUADO CONSIDERANDO TODAS LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS INCLUIDAS EN EL CONTRATO.	DENTRO DE LOS 2 (DOS) DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA FECHA DE APROBACIÓN EXITOSA EN SITIO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EVALUADO.
ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7 A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO, CONFORME A LA ETIMSS 5640-023-004 VIGENTE NECESARIO PARA LA TRANSMISIÓN DE DATOS A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO.	EL(LOS) LICITANTE(S) ADJUDICADO(S) DEBERÁN ENVIAR Y RECIBIR LA TOTALIDAD (RESPUESTA EXITOSA POR PARTE DE LOS SERVICIOS WEB DEL INSTITUTO) DE LA MENSAJERÍA HL7 A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO CONFORME A LA ETIMSS VIGENTE.

3.2 PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

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 LICITANTE 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 LICITANTE ADJUDICADO PARA QUE ÉSTE REALICE EL PAGO CORRESPONDIENTE.

LA PENA CONVENCIONAL SE CALCULARÁ DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS Y CONDICIONES EXPRESADOS EN LA FÓRMULA QUE SE DETALLA A CONTINUACIÓN:

PCA = (%D) (NPA) (VBSPA)

DÓNDE:

%D=PORCENTAJE DETERMINADO EN LA CONVOCATORIA DE LA LICITACIÓN PÚBLICA, INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS, COTIZACIÓN, CONTRATO O PEDIDO POR CADA DÍA DE ATRASO EN LA ENTREGA DE BIENES O EN EL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO O ARRENDAMIENTO, CONSIDERANDO EL RANGO SEÑALADO EN EL INCISO "B".

PCA = PENA CONVENCIONAL APLICABLE.

NPA = NÚMERO DE PERIODO DE TIEMPO DE ATRASO CONTABILIZADO SEGÚN CORRESPONDA

VBSPA = VALOR DE LOS BIENES O 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
EL PLAZO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SERÁ A MÁS TARDAR EL DÍA 16 NATURAL, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA NATURAL SIGUIENTE DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO Y HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO, A PARTIR DEL DÍA 16 DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO, EN QUE NO SE HAYA PUESTO A PUNTO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	2.5% DIARIO SOBRE EL VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS NO PRESTADOS CON BASE EN EL REQUERIMIENTO DEL ANEXO T1 Y DEL MONTO ADJUDICADO SIN INCLUIR EL IVA	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD	ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO
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 LA UNIDAD EN FUNCIONAMIENTO, DEBERÁ CONTAR CON UN RESULTADO DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO EN LA ENTREGA DEL REPORTE RESULTADOS DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM 003-SSA3-2010, CON BASE EN LA FECHA QUE SE HAYA DETERMINADO EN CONJUNTO ENTRE "EL PROVEEDOR" Y EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO, LAS FECHAS EN QUE "EL PROVEEDOR"	2.5% DIARIO SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN INCLUIR EL IVA	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD	ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA
	PRESTADOR DE SERVICIO DETERMINARÁ Y NOTIFICARÁ AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, LAS FECHAS EN QUE ÉSTE DEBERÁ ENTREGAR LA COPIA SIMPLE DE LOS REPORTES ORIGINALES DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL AGUA			
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.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO EN LA ENTREGA DEL REPORTE RESULTADOS QUÍMICOS, DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM 003-SSA3-2010, CON BASE EN LA FECHA QUE SE HAYA DETERMINADO EN CONJUNTO ENTRE "EL PROVEEDOR" Y EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO, LAS FECHAS EN QUE "EL PROVEEDOR" PRESTADOR DE SERVICIO DETERMINARÁ Y NOTIFICARÁ AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, LAS FECHAS EN QUE ÉSTE DEBERÁ ENTREGAR LA	2.5% DIARIO SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN INCLUIR EL IVA	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA DE MEDICINA INTERNA O DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD	ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA
	COPIA SIMPLE DE LOS REPORTES ORIGINALES DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL AGUA			
CANJE-REPOSICIÓN DE BIENES POR VICIOS OCULTOS O PROBLEMAS DE CALIDAD. EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 7 (SIETE) DÍAS NATURALES. CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SU NOTIFICACIÓN POR PARTE DEL INSTITUTO.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE EXCEDA EL NIVEL DE SERVICIO.	2.5% (DOS PUNTO CINCO POR CIENTO) DIARIO, SIN IVA, SOBRE LA FACTURA DEL MES EN QUE OCURRA LA INCIDENCIA.	JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS/ JEFE DE SERVICIO	ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO
EL "EL PROVEEDOR" REALIZARA LA ENTREGA EN LAS OFICINAS DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO CON COPIA A LA CPSMA CONFORME AL INCISO B) NUMERAL 1 DEL ANEXO TÉCNICO, DE LOS SIGUIENTES PUNTOS: FIRMA DEL ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE CON SUS DATOS. DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE LA SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7. RESPECTO A LA SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7, "EL PROVEEDOR" REALIZARÁ LA ENTREGA AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y ESTE A SU VEZ,	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO ESTABLECIDO DE LOS 05 (CINCO) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE EMISIÓN DEL FALLO.	0.2% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.	ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA
ENTREGARÁ LA SOLICITUD POR ESCRITO EN LAS OFICINAS DE LA COORDINACIÓN TÉCNICA DE SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES (CTSMI) Y POR CORREO ELECTRÓNICO DIRIGIDO AL DR. NEMESIO PONCE SÁNCHEZ: NEMESIO.PONCE@IMSS.GOB.MX Y AL DR. EDUARDO MONSIVÁIS HUERTERO: EDUARDO.MONSIVAIS@IMSS.GOB.MX				
CUANDO SE REALICEN MÁS DE TRES INTENTOS PARA ACREDITAR LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7 EN OFICINA, DE CONFORMIDAD CON EL ANEXO TÉCNICO.	POR CADA EVALUACIÓN EXCEDENTE QUE SE REALICE POSTERIOR AL TERCER INTENTO.	0.5% SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, POR CADA INTENTO ADICIONAL, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.	CPSMA/CSDISA	COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO
CUANDO SE REALICEN MÁS DE DOS INTENTOS PARA ACREDITAR LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7 EN SITIO, DE CONFORMIDAD CON EL ANEXO TÉCNICO.	POR CADA EVALUACIÓN EXCEDENTE QUE SE REALICE POSTERIOR AL SEGUNDO INTENTO.	0.5% SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, POR CADA INTENTO ADICIONAL, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.	CPSMA/CSDISA	COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO
CAPACITACIÓN PREVIA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN. "EL PROVEEDOR" DEBERA REALIZAR LA CAPACITACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL PERSONAL DEL INSTITUTO DESIGNADO AL SERVICIO, CONFORME AL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN. ASIMISMO, ENTREGARÁN UNA COPIA DEL MANUAL DE USUARIO IMPRESO O ELECTRÓNICO CON ACUSE DE RECIBO EN FORMATO LIBRE A CADA	POR CADA DÍA NATURAL QUE EXCEDA LOS 60 (SESENTA) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO (DE ACUERDO CON EL INCISO B) NUMERAL 5 DEL	0.2% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.	JEFE DE SERVICIO EN CONJUNTO CON CDI O DIB,	COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA
PARTICIPANTE, Y LLEVARÁ LISTAS DE ASISTENCIA, EVALUACIONES Y FIRMA DE CONFORMIDAD POR PARTE DEL USUARIO, AL TÉRMINO DE LA CAPACITACIÓN EXTENDERÁ CONSTANCIA DE ESTA.	ANEXO TÉCNICO.			
CAPACITACIÓN CONTINUA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN. EL PROVEEDOR DEBERÁ REALIZAR LA CAPACITACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL PERSONAL DESIGNADO POR EL INSTITUTO, CUANDO EXISTA ROTACIÓN DE PERSONAL, LLEGADA DE NUEVO PERSONAL A LOS SERVICIOS, O CUANDO EL INSTITUTO CONSIDERE NECESARIA UNA RECAPACITACIÓN. ASIMISMO, ENTREGARÁN UNA COPIA DEL MANUAL DE USUARIO IMPRESO O ELECTRÓNICO CON ACUSE DE RECIBO EN FORMATO LIBRE A CADA PARTICIPANTE, Y LLEVARÁ LISTAS DE ASISTENCIA, EVALUACIONES Y FIRMA DE CONFORMIDAD POR PARTE DEL USUARIO, AL TÉRMINO DE LA CAPACITACIÓN EXTENDERÁ CONSTANCIA DE ESTA.	POR CADA DÍA DE ATRASO QUE EXCEDA EL NIVEL DE SERVICIO.	0.2% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.	JEFE DE SERVICIO EN CONJUNTO CON CDI O DIB,	COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO
INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN, DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN CONFORME AL ANEXO TÉCNICO Y LA ETIMSS 5640-023-004 – VIGENTE.	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO DE LOS 60 (SESENTA) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA EMISIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL FALLO.	0.5% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, EN SU PROPORCIONALIDAD POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA..	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA O MEDICINA INTERNA EN CONJUNTO CON CDI O DIB,	COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO
EL PROVEEDOR PROPORCIONARÁ AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO CON COPIA A LA CPSMA CONFORME AL ANEXO TÉCNICO UN CALENDARIO DE DESPLIEGUE DEL SISTEMA	POR CADA DÍA NATURAL DE ATRASO A PARTIR DE QUE SE EXCEDA EL PLAZO	0.2% DIARIO SOBRE EL VALOR DE LA GARANTÍA DEL CONTRATO, EN SU PROPORCIONALIDAD	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.	COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD DEL ÓRGANO DE

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	PENALIZACIÓN	RESPONSABLE DE REPORTAR EL INCUMPLIMIENTO	ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SERÁ EL RESPONSABLE DEL CÁLCULO, NOTIFICACIÓN DE LA PENA
EVALUADO CONSIDERANDO TODAS LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS INCLUIDAS EN EL CONTRATO	DE 2 (DOS) DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA FECHA DE APROBACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SITIO	POR UNIDAD MÉDICA, SIN INCLUIR EL IVA.		OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO

3.3 DEDUCCIONES POR INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFICIENTE EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS.

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 LICITANTE ADJUDICADO RESPECTO DE LAS PARTIDAS O CONCEPTOS QUE INTEGRAN EL 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.

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 LICITANTE ADJUDICADO PARA QUE ÉSTE REALICE EL PAGO CORRESPONDIENTE Y LE NOTIFIQUE LAS DEDUCCIONES QUE EN SU CASO SE HAYA HECHO ACREEDOR.

LOS LÍMITES DE INCUMPLIMIENTO RESPECTO DE LAS DEDUCTIVAS SERÁN HASTA POR EL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO,

ASÍ MISMO LA DEDUCCIÓN DEBERÁ CONSIDERAR QUE ES MÁS IVA.

EL INSTITUTO DESCONTARÁ LAS CANTIDADES POR CONCEPTO DE DEDUCTIVAS DE LA FACTURA QUE EL LICITANTE 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 SIN 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	ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO
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	RESULTADOS DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO DENTRO DE LOS PARÁMETROS SOLICITADOS POR LA NOM-003-SSA3-2010, CON BASE EN LA FECHA QUE SE HAYA DETERMINADO EN CONJUNTO ENTRE "EL PROVEEDOR	CUMPLIR CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA CALIDAD DEL AGUA DE ACUERDO CON LA NOM NOM-003-SSA3-2010	5% SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN 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	ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO

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
FUNCIONAMIENTO, DEBERÁ CONTAR CON UN RESULTADO DE ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO.	"Y EL ADMINISTRADOR DE CONTRATO, LAS FECHAS EN QUE "EL PROVEEDOR " DETERMINARÁ Y NOTIFICARÁ AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, LAS FECHAS EN QUE ÉSTE DEBERÁ ENTREGAR LA COPIA SIMPLE DE LOS REPORTES ORIGINALES DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS REALIZADAS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DEL AGUA					
REPORTE ORIGINAL POR UN LABORATORIO ACREDITADO, DE LAS	RESULTADOS DE ANÁLISIS QUÍMICOS DENTRO DE LOS PARÁMETRO	POR CADA DÍA DE ATRASO EN QUE NO CUMPLA CON LAS ESPECIFICAC	5% SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA FACTURA MENSUAL SIN IVA	EL LÍMITE DE LA DEDUCCIÓN SERÁ DE HASTA EL 10% DEL MONTO	JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA O	ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y

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
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.	S SOLICITADOS POR LA NOM-003-SSA3-2010	IONES DE LA CALIDAD DEL AGUA DE ACUERDO CON LA NOM Y LAS RECOMENDACIONES DE LA AAMI.		MÁXIMO DEL CONTRATO	DIRECTOR DE UNIDAD MÉDICA EN OOAD	EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO
DOTACIÓN DEL MISMO NÚMERO DE CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES QUE FUERON COLOCADOS A PACIENTES REFERIDOS A SUBROGACIÓN EL MES INMEDIATO ANTERIOR MÁS 2(DOS)	DOTACIÓN DEL MISMO NÚMERO DE CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES QUE FUERON COLOCADOS A PACIENTES REFERIDOS A SUBROGACIÓN EL MES INMEDIATO ANTERIOR	POR CADA DÍA NATURAL A PARTIR DE LA FECHA EN QUE DEBIÓ SER ENTREGADA LA TOTALIDAD DE DOTACIÓN DE CATÉTERES.	1% 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	ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL

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
CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES COMO LO SOLICITE EL JEFE DE SERVICIO	MÁS 2(DOS) CATÉTERES TEMPORALES O PERMANENTES COMO LO SOLICITE EL JEFE DE SERVICIO					HIDALGO
ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7	CUANDO "EL PROVEEDOR" A CADA PARTIDA NO ENVÍE LA MENSAJERÍA HL7 A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO CORRESPONDIENTE A LA TOTALIDAD DE LAS SESIONES REALIZADAS, SESIONES NO OTORGADAS Y RESUMEN CLÍNICO DURANTE EL PERIODO DE FACTURACIÓN	ANTE LA DEFICIENCIA EN LA ENTREGA TOTAL DE LA MENSAJERÍA HL7 DE LAS SESIONES REALIZADAS, SESIONES NO OTORGADAS Y RESUMEN CLÍNICO DURANTE EL MES DE FACTURACIÓN.	SE DEBERÁN CONTEMPLAR LOS SIGUIENTES PORCENTAJES DE INCUMPLIMIENTO EN VIRTUD DEL CONTEO TOTAL OBTENIDO, CONFORME A LO SIGUIENTE: DEL 1% AL 25% DE INCUMPLIMIENTO: APLICAR 0.4% DEL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL INCUMPLIMIENTO EN EL SERVICIO, SIN PASAR EL	HASTA POR EL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.	JEFE DE NEFROLOGÍA O MEDICINA INTERNA EN CONJUNTO CON EL CDI O DIB	COORDINADOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD DEL ORGANÓ DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO

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
			MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO. DEL 26% AL 50% DE INCUMPLIMIENTO: APLICAR 0.6% DEL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL INCUMPLIMIENTO EN EL SERVICIO, SIN PASAR EL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO. DEL 51% AL 75% DE INCUMPLIMIENTO: APLICAR 0.8% DEL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA, CORRESPONDIENTE. DEL 75% AL 100% DE			

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
			INCUMPLIMIENTO: APLICAR 1.0% DEL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL INCUMPLIMIENTO EN LA UNIDAD MÉDICA, SIN PASAR EL MONTO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO. *(*EJEMPLO: DURANTE EL MES DE FACTURACIÓN FUERON REQUERIDOS 100 MENSAJES HL7, DE LOS CUALES, 80 FUERON ENVIADOS DE FORMA EFECTIVA Y EXITOSA A LA BASE DE DATOS CENTRAL DEL INSTITUTO.*			

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
			EN ESE SENTIDO, SERÁ - CONFORME AL 1% AL 25% DE INCUMPLIMIENTO- APLICADO EL 0.4% DE SANCIÓN AL VALOR DE LA FACTURA QUE INCLUYA IVA CORRESPONDIENTE AL PERIODO *DEL INCUMPLIMIENTO, CON BASE EN LA ETIMSS VIGENTE.)*			

c) EN SU CASO, MECANISMOS REQUERIDOS AL PROVEEDOR PARA RESPONDER POR DEFECTOS O VICIOS OCULTOS DE LOS BIENES O DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

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

LA DEVOLUCIÓN Y REPOSICIÓN DE BIENES DE CONSUMO SERÁ POR CUENTA Y A CARGO DEL LICITANTE ADJUDICADO.

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 LICITANTE ADJUDICADO SE OBLIGA A RESPONDER POR SU CUENTA Y RIESGO DE LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS QUE, POR INOBSERVANCIA O NEGLIGENCIA DE SU PARTE, LLEGUE A CAUSAR AL INSTITUTO Y/O A TERCEROS, CON MOTIVO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS EN EL INSTRUMENTO JURÍDICO CORRESPONDIENTE 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.

d) LAS GARANTÍAS DE ANTICIPOS Y CUMPLIMIENTO, DEBERÁN DE APEGARSE AL NUMERAL 4.30.1, PENÚLTIMO PÁRRAFO DE ESTAS POBALINES

5. GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.

EL LICITANTE ADJUDICADO, SE OBLIGA A OTORGAR A EL INSTITUTO, DENTRO DE LOS DIEZ DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FIRMA DEL CONTRATO EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 48 DE LA LAASSP, UNA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO DERIVADAS DEL CONTRATO, MEDIANTE FIANZA EXPEDIDA POR COMPAÑÍA AUTORIZADA EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS Y A FAVOR DEL "INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL", POR UN MONTO EQUIVALENTE AL 10% (DIEZ POR CIENTO) DEL MONTO TOTAL MÁXIMO DEL CONTRATO A EROGAR EN EL EJERCICIO FISCAL DE QUE SE TRATE.

LOS PROVEEDORES QUEDAN OBLIGADOS A ENTREGAR AL INSTITUTO LA PÓLIZA DE FIANZA.

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

LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO SERÁ DIVISIBLE.

e) ***PRECISAR LA FORMA DE PAGO PARA LO CUAL DEBERÁN ESPECIFICAR EL TIPO DE MONEDA Y SI SE REALIZARÁ EN UNA SOLA EXHIBICIÓN O EN PAGOS PROGRESIVOS CONFORME A LAS ENTREGAS PROGRAMADAS EN EL CONTRATO RESPECTIVO.***

6. FORMA DE PAGO

EL LICITANTE ADJUDICADO DEBERÁ PRESENTAR A LA FECHA DEL CORTE DE LOS SERVICIOS, LA REPRESENTACIÓN IMPRESA DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL (FACTURA ELECTRÓNICA) Y EL REPORTE DE SESIONES EFECTIVAMENTE OTORGADAS, EN EL PERIODO OBTENIDO DEL SISTEMA DEL INSTITUTO, EN CASO DE QUE EL LICITANTE ADJUDICADO NO CUENTE CON SISTEMA DE INFORMACIÓN Y MENSAJERÍA HL7 CERTIFICADO Y/O 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 LICITANTE ADJUDICADO NO CUENTE CON SISTEMA DE INFORMACIÓN Y MENSAJERÍA HL7 CERTIFICADO Y LA INFORMACIÓN SE ENVÍE EN ARCHIVO DE TEXTO, ADICIONALMENTE ENTREGARÁ DOCUMENTACIÓN DE RECEPCIÓN DE LOS SERVICIOS POR EL DERECHOHABIENTE 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 JEFE DE SERVICIO, SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y/O DIRECTOR MÉDICO, DICHO REPORTE DEBERÁ SER NOTIFICADO AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

CON BASE EN EL OFICIO NO. 09 9001 600 000/018 DE FECHA 16 DE FEBRERO DEL 2023 EMITIDO POR LA UNIDAD DE OPERACIÓN FINANCIERA:

".... A PARTIR DE LA SIMPLIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS EN GENERAL PARA PROCESAR PAGOS DE LOS CAPÍTULOS 2000 Y 3000 DEL COG, SON LOS SIGUIENTES:

- *EVIDENCIA DE LA EXISTENCIA DE UN CONVENIO O CONTRATO, O DEL DOCUMENTO CON EL QUE SE JUSTIFIQUE LA EXISTENCIA DE UNA OBLIGACIÓN DEL IMSS PARA EL PAGO DE UNA CONTRAPRESTACIÓN;*
- *REPRESENTACIÓN IMPRESA DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL POR INTERNET (CFDI) POR LOS BIENES O SERVICIOS PRESTADOS AL IMSS; Y,*
- *OPINIÓN POSITIVA DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FISCALES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL.*

ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE ESTA SIMPLIFICACIÓN BUSCA AGILIZAR LOS PROCESOS ANTE NUESTROS ACREEDORES INSTITUCIONALES, ELLO SIEMPRE CUMPLIENDO CON LOS QUE REQUISITOS QUE PIDE LA NORMATIVIDAD PRESUPUESTARIA FEDERAL PARA UN CORRECTO EJERCICIO DEL GASTO Y PARA UNA ADECUADA RENDICIÓN DE CUENTAS, Y TAMBIÉN ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE ESTA SIMPLIFICACIÓN, A SU VEZ, BUSCA COADYUVAR A ELIMINAR POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN AL ELIMINAR REQUISITOS DEL PROCESO QUE NO SON INDISPENSABLES PARA EL TRÁMITE.

SIN EMBARGO, A PESAR DE LOS ESFUERZOS POR SIMPLIFICAR LA NORMATIVIDAD DE PAGO, EN NUESTRAS ÁREAS DE FINANZAS SE CONTINÚAN RECIBIENDO CONTRATOS EN LOS QUE SE ESTABLECE, EN LAS CLÁUSULAS DE FORMA DE PAGO, QUE LOS PROVEEDORES O CONTRATISTAS DEBEN PRESENTAR EN LAS ÁREAS DE TRÁMITE DE EROGACIONES DOCUMENTACIÓN ADICIONAL COMO, POR EJEMPLO, COPIAS DE RECETAS MÉDICAS, COPIAS DE FORMATOS DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS, ENTRE OTROS. ANTE ESTA SITUACIÓN, NUESTRO PERSONAL GLOSADOR Y AUTORIZADOR, CON BASE EN EL PRINCIPIO DE OBLIGATORIEDAD ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO

1796 DEL CÓDIGO CIVIL FEDERAL, ASUME LA RESPONSABILIDAD DE RECIBIR, REVISAR Y ARCHIVAR ESTOS DOCUMENTOS, GENERANDO CON ELLO DUPLICIDAD DE FUNCIONES CON AQUELLAS QUE CORRESPONDEN A LAS PERSONAS ADMINISTRADORAS DE LOS CONTRATOS Y ENGROSANDO LOS EXPEDIENTES Y ARCHIVOS INSTITUCIONALES…"

POR LO QUE, ESPECÍFICAMENTE EN EL APARTADO DE FORMA DE PAGO SE SOLICITA LO SIGUIENTE:

- *"TIPO DE MONEDA EN QUE SE REALIZARÁ EL PAGO;*
- *SEÑALAR SI EL PAGO SERÁ EN UNA SOLA EXHIBICIÓN O EN PAGOS PROGRESIVOS; E,*
- *·INDICAR SI HABRÁ OTORGAMIENTO DE ANTICIPOS Y, EN CASO DE HABERLOS, PRECISAR EL PORCENTAJE Y LA FORMA DE AMORTIZACIÓN DE LOS MISMOS".*

EL PAGO DEL SERVICIO SE EFECTUARÁ EN PESOS MEXICANOS Y SE REALIZARÁ MEDIANTE PAGOS PROGRESIVOS (PAGOS MENSUALES).

LO ANTERIOR, CON BASE EN LO SEÑALADO EN EL NUMERAL 4.24.4, INCISOS K Y M, DE LAS "POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL IMSS" (POBALINES).

f) ESTABLECER LOS MECANISMOS DE COMPROBACIÓN, SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN DE LOS BIENES O DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS Y EFECTIVAMENTE ENTREGADOS O PRESTADOS, ASÍ COMO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS REQUISICIONES DE CADA ENTREGABLE.

7. ESTABLECER LOS MECANISMOS DE COMPROBACIÓN, SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN DE LOS BIENES O DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS Y EFECTIVAMENTE ENTREGADOS O PRESTADOS, ASÍ COMO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS REQUISICIONES DE CADA ENTREGABLE.

SE REALIZA MEDIANTE LO SOLICITADO EN EL ANEXO T3. CÉDULA DE VERIFICACIÓN DE LAS INSTALACIONES EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADAS Y EL ANEXO T4, CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA.

EN CASO DE QUE EL LICITANTE 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 LAS ÁREAS DE TRAMITES DE EROGACIÓN DE LAS OOAD (OOAD Y UMAE) 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.

PARA VERIFICAR LA ATENCIÓN DEL PACIENTE POR CADA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS SE INCLUYE EL ANEXO T10. RELACIÓN DE ASISTENCIA DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS SUBROGADA.

g) EN CASO DE QUE SE SOLICITE EL OTORGAMIENTO DE ANTICIPO, DEBERÁ SEÑALARSE EL PORCENTAJE Y FORMA DE AMORTIZACIÓN DEL MISMO, EL CUAL DEBE AJUSTARSE A LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LOS ARTÍCULOS 13, 45 FRACCIONES IX Y X DE LA LAASSP Y 81 FRACCIÓN V DEL RLAASSP, Y EL NUMERAL 4.2.7 DEL MAAGAASSP. ASÍ COMO LA JUSTIFICACIÓN PARA EL OTORGAMIENTO DEL ANTICIPO

EN EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN, NO SE CONSIDERA EL OTORGAMIENTO DE ANTICIPO.

8. NORMAS OFICIALES QUE DEBEN CONSIDERAR A CUMPLIR LAS PERSONAS FÍSICAS O MORALES PARA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 31 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, Y CON BASE EN LA LEY DE INFRAESTRUCTURA DE CALIDAD REFERENTE EN EL ARTÍCULO 155, FRACCIÓN II; ASÍ COMO EL NUMERAL 4.28.3 DE LAS POBALINES, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO LA PERSONA FÍSICA O MORAL ADJUDICADO TENDRÁ LA OBLIGACIÓN DE DAR CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS OFICIALES SEÑALADAS EN EL ANEXO TÉCNICO.

POR LO ANTERIOR, SE VERIFICARÁ QUE PRESENTE ESCRITO EN PAPEL MEMBRETADO DEL FABRICANTE O LICITANTE, EN EL QUE MANIFIESTE, QUE LOS PRODUCTOS CUMPLEN CON LO ESTIPULADO POR LA LEY GENERAL DE SALUD, EN LOS ARTÍCULOS APLICABLES, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA FARMACOPEA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y SUS SUPLEMENTOS, EN LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS, NORMAS MEXICANAS, NORMAS INTERNACIONALES, ASÍ COMO LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL FABRICANTE.

SE SOLICITA QUE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA OFERTADA POR EL LICITANTE SE ENCUENTRE CERTIFICADA O EN PROCESO DE CERTIFICACIÓN COMO SE ESTABLECE EN EL NUMERAL 4.2.3, DEL PRESENTE DOCUMENTO.

h) AVISO DE PRIVACIDAD, ASÍ COMO LA PRECISIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN PARA BIENES O SERVICIOS DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES, ALINEADO A LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE TIC, CUANDO SE CONSIDERE APLICABLE.

9. AVISO DE PRIVACIDAD.

CON RELACIÓN A ESTE PUNTO, REFERENTE AL MANEJO DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN, LA DIVISIÓN DE SERVICIOS DIGITALES Y DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DIGITAL DE LA SALUD SOLICITA EL ANEXO NÚMERO TI 3 (TI TRES) ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD, EL CUAL SE ENCUENTRA EN LOS ANEXOS DE ESTOS TÉRMINOS Y CONDICIONES.

i) SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EN EL CASO DE ADQUISICIÓN O ARRENDAMIENTO DE BIENES O PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE ASÍ LO AMERITEN A JUICIO DEL ÁREA REQUIRENTE Y/O TÉCNICA, MISMA QUE, BAJO SU RESPONSABILIDAD, INDICARÁ EL MONTO O PORCENTAJE POR EL CUAL DEBERÁ CONSTITUIRSE LA PÓLIZA RESPECTIVA, SIN QUE ESTA PUEDA SER INFERIOR AL 5% (CINCO POR CIENTO) DEL IMPORTE TOTAL DEL CONTRATO O, EN SU CASO, DEL IMPORTE MÁXIMO DEL CONTRATO. EN ESTOS CASOS, CUANDO EL PROVEEDOR LLEGASE A CONTAR CON UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL GLOBAL, PODRÁ ENTREGAR AL ÁREA CONTRATANTE EL ENDOSO QUE GARANTICE EL CONTRATO O CONVENIO QUE SE CELEBRE, MISMO QUE DEBERÁ CORRESPONDER AL MONTO O PORCENTAJE QUE SE HUBIERA ESTABLECIDO, SIN QUE SEA NECESARIO EXIGIRLE LA PRESENTACIÓN, EXHIBICIÓN O ENTREGA DE LA PÓLIZA ORIGINAL.

NO APLICA.

j) TRATÁNDOSE DE REUNIONES, CONFERENCIAS, SEMINARIOS, CURSOS, CAPACITACIONES, ASAMBLEAS, JUSTAS DEPORTIVAS Y, EN GENERAL, CUALQUIER TIPO DE EVENTO O ACTO EN EL QUE PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS PARTICIPEN FUERA DE LAS INSTALACIONES DEL IMSS, SE DEBERÁ CONTAR CON LOS DICTÁMENES DE PROTECCIÓN CIVIL EMITIDOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES EN LA MATERIA.

10. TRATÁNDOSE DE REUNIONES, CONFERENCIAS, SEMINARIOS, CURSOS, CAPACITACIONES, ASAMBLEAS, JUSTAS DEPORTIVAS Y, EN GENERAL, CUALQUIER TIPO DE EVENTO O ACTO EN EL QUE PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS PARTICIPEN FUERA DE LAS INSTALACIONES DEL IMSS.

NO APLICA.

ANEXOS	
T 0	OFERTA TÉCNICA
T1	" REQUERIMIENTO DE SESIONES PARA PACIENTES EN HEMODIÁLISIS SUBROGADA POR PARTIDA"
T2	ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS; CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS; UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES); BIENES DE CONSUMO PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO; ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETERÓLOGOS; 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
T9	FORMATO DE SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-30-2/03)
T9 BIS	CARACTERÍSTICAS DE OPERACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA.
T10	RELACIÓN DE ASISTENCIA DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS SUBROGADA.
TI.1	SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7.
TI.4	DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE.
TI.5	DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE.

ANEXOS

Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada

Coordinación Técnica de Servicios Médicos Indirectos

CONTENIDO

Anexo T0 (T-cero) Oferta Técnica 49

Instrucciones de llenado del Formato de Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada, parte del Anexo T 0 (T-cero) 54

Anexo TI "Requerimiento de sesiones para pacientes en hemodiálisis subrogada por partida"¡Error! Marcador

Anexo T2 (T-dos) Especificaciones del equipo médico e insumos para hemodiálisis 59

A) Características de la máquina de hemodiálisis. 59

B) Unidad de reprocesamiento de dializadores (en caso de optar por reprocesamiento de dializadores) 59

C) Bienes de consumo para hemodiálisis de adulto y pediátrico 59

D) Accesos vasculares; catéteres temporales, permanente e injertos vasculares tubulares heterólogos 60

E) Descripción técnica del sillón clínico 61

Anexo T3 Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas .. 62

Guía para la requisición del Anexo T3 (T-tres) ..... ¡Error! Marcador no definido.

Anexo T4 (T-cuatro) Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada 69

Anexo T6 (T-seis) Calendario para entrega mensual de catéteres 74

Anexo T7 (T-siete) Tabla cifras de control de registro nominal hemodiálisis subrogado 75

Anexo T8 (T-ocho) Directorio de Unidades Médicas 76

Anexo T9 (T-nueve) Formato de Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03) 77

Instructivo de llenado Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03) 78

Anexo T9 BIS (T-nueve bis) Características de operación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada. 79

Anexo TI0 (T-diez) Relación de Asistencia de Pacientes en Hemodiálisis Subrogada 80

Anexo TI.1 (TI uno) Solicitud de pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7 84

Anexo TI. 2 (TI. dos) Escrito en formato libre ..... ¡Error! Marcador no definido.

Anexo TI. 3 (TI. tres) Acuerdo de confidencialidad ..... ¡Error! Marcador no definido.

Anexo TI. 4 (TI. cuatro) Designación de contacto responsable 85

Anexo TI. 5 (TI. cinco) Designación de sistema y empresa soporte ..... ¡Error! Marcador no definido.

Anexo T0 (T-cero) Oferta Técnica

Anexo T 0 (T-cero)

Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada

Licitante: _____

Unidad de Hemodiálisis Subrogada	_____
Domicilio:	_____ **C.P.:** _____
Teléfono:	**Ext:**
Municipio/Delegación:	_____ **Estado:** _____
Horario de Atención:	

Nombre Médico Nefrólogo:	_____
Número de Cédula Profesional	_____

Unidad de Hemodiálisis Subrogada	**Total m²**	**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**

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

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.**		

Delegación	Unidad del IMSS		Distancia (km)	Requerimiento Anexo T1 Sesiones	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida si su horario de atención es de 3 turnos	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida si su horario de atención es de 5 turnos
	Tipo y Número	Localidad		Máximo	936 /año sesiones mínimo por máquina	1560/año Sesiones máximas por año

				Total:		

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:

_____

Instrucciones de llenado del Formato de Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada, parte del Anexo T 0 (T-cero)

Instrucciones de llenado:

1. Deberá anotar el nombre del licitante 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 paciente 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 TI en Sesiones (máximo) y hacer el cálculo para las máquinas requeridas por partida de Hemodiálisis de acuerdo a la siguiente formula: máximo/936=Número de máquinas; también anotar la unidad del IMSS (Delegación, Tipo y número, localidad y distancia en km) La Distancia corresponderá dentro de 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

Anexo T 0 (T-cero)

Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada

Licitante: _____

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 m²**	**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

Anexo T 0 (T-cero)

Servicios

6

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

7

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

8

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

9

Delegación	Unidad del IMSS		Distancia (km)	Requerimiento Anexo T1 Sesiones	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida si su horario de atención es de 3 turnos	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida si su horario de atención es de 5 turnos
	Tipo y Número	Localidad			936 /año sesiones mínimo por máquina	1560/año Sesiones máximas por año

			Total:			

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		

12

Fecha: _____

Nombre del Director de la Unidad de Hemodiálisis: _____

Firma del Director de la Unidad de Hemodiálisis: _____

Anexo T1

Requerimiento por unidad médica de sesiones para pacientes en Hemodiálisis Subrogada

Requerimiento por unidad médica de Sesiones para pacientes en Hemodiálisis Subrogada del 1 de julio al 31 de diciembre de 2024

SERVICIO SOLICITADO	PARTIDA	TIPO	NO	LOCALIDAD	PRECIO UNITARIO OFERTADO	IMPORTE	
						MÍNIMO	MÁXIMO
SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA, DEL 01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	35	HGZ MF	8	CIUDAD SAHAGÚN	$1,668.24	$10,734,760.00	$22,361,300.00

Anexo T2 (T-dos) Especificaciones del equipo médico e insumos para hemodiálisis

A) Características de la máquina de hemodiálisis.
Deberán apegarse al Compendio Nacional de Insumos para la Salud clave 531.340.0169.

B) Unidad de reprocesamiento de dializadores (en caso de optar por reprocesamiento de dializadores)
deberán apegarse al Compendio Nacional de Insumos para la Salud CLAVE:531.340.0227

C) Bienes de consumo para hemodiálisis de adulto y pediátrico

No	Descripción	Propuesta del proveedor
1	Filtro para hemodiálisis, o dializadores de membrana sintética y/o celulosa modificada de 0.4 m^2 hasta 2.0 m^2	
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.	
3	Ácido en solución líquidos concentrados para hemodiálisis de acuerdo a marca y modelo de la máquina con variabilidad en concentración de Potasio de 0 o 2.0 y Calcio de 2.5 o 3.5 mEq/L.	
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.	
5	Cánula para punción de fístula arteriovenosa interna: consta de tubo de elastómero de silicón de 15 o 30 cm. de longitud, con obturador y adaptador luer lock, mariposa y aguja calibre 15 o 16 adulto y 16 o 17 g. pediátrico. y con orificio posterior al bisel; un lumen.	
6	Material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter o fistula, según corresponda, conteniendo al menos: Material estéril para conexión de catéter: 2 pares de guantes 2 jeringas desechables 8 gasas 1 campo de tela absorbente Material estéril para desconexión de catéter: 1 par de guantes 6 gasas 2 tapones de Luer Lock para catéter. 1 apósito especial para catéter Material estéril para conexión de fístula: 1 par de guantes 5 gasas 2 campos de tela absorbente Material estéril para desconexión de fístula: 1 par de guantes 6 gasas 2 apósitos circulares	

D) Accesos vasculares; catéteres temporales, permanente e injertos vasculares tubulares heterólogos

(De acuerdo al compendio nacional de insumos para la salud).

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
1	Descripción (se describen para presentación de oferta técnica)	
2	060.345.0149 Para hemodiálisis, pediátrico. Inserción en subclavia, yugular o femoral, doble lumen. Contiene: Una cánula, Una jeringa de 5 o 10 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	
3	060.345.2301Para hemodiálisis. Adulto. De inserción en subclavia, yugular o femoral doble lumen, incluye: Una cánula, Una jeringa de 5 o 10 ml, Una guía de acero inoxidable. Un catéter doble lumen calibre de 11 a 12 fr, longitud de 185 a 205 mm con obturador y un dilatador con extensiones curvas. Tipo: mahurkar. Estéril y desechable	
4	060.166.0533 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño adulto, De doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetros internos de 1.80 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 2.0 mm a 3.20 mm en el lado venoso, con longitud de 31.5 a 37.0 cm, con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas 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 o 10 ml y 2 tapones de inyección. Estéril y desechable Pieza	
5	060.166.0541 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño pediátrico, de doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetro interno de 1.5 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 1.5 mm a 1.2 mm en el lado venoso, con longitud de 27.0 cm a 30.0 cm con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene: Catéter de doble lumen. Aguja introductora calibre 18 g. Introductor con camisa	

No.	Descripción	Propuesta del proveedor
	desprendible. Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 o 10 ml y 2 tapones de inyección. Estéril y desechable.	
6	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfe, estéril y desechable. Longitud 40 A 60 cm., x 5, mm., de diámetro.	
7	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfe estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 6 mm., de diámetro.	
8	Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfe, estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 8 mm., de diámetro.	

E) Descripción técnica del sillón clínico

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

Anexo T3 Cédula 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.
Anexar evidencia fotográfica de los numerales que son Indispensables y que No se cumplan (deberá de anexarse en hojas impresas y en archivo digital en USB).

Licitante:		

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 m²	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 de Máquinas	Sero positivo	Sero negativo
b) Número de máquinas de Hemodiálisis			
Metros cuadrados por máquina de hemodiálisis (a/b)			
Marca (s)			
Modelo (s)			

Delegación	Unidad del IMSS		Distancia (km)	Requerimiento Anexo T1 Sesiones	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida
	Tipo y Número	Localidad		Máximo	936 sesiones año por máquina*	1560 sesiones año por maquina*

Nota: Datos con base en el número de turnos de la Unidad de Hemodiálisis

No.	Especificación o criterio para verificar	P	SC	NC	NA
1	Instalaciones físicas				
1.1	Área de recepción (ubicada a la entrada de la unidad con fácil acceso				
1.2	Sala de espera				
1.3	Sanitarios				
1.4	Almacén				
1.5	Cuarto Séptico con material para recoger excretas				
1.6	Consultorio médico				
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.				
1.8	• Cumple con las disposiciones de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002 establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica. Protección ambiental-Salud ambiental. Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo. • Cuentan con recipientes rojos rígidos herméticos para residuos peligrosos punzo cortantes, en su caso con bolsas de color rojo y/o amarillo translúcido. • Que los botes para basura municipal cuenten con bolsas y no se entren en ellos residuos peligrosos biológicos infecciosos.				
1.9	Rampas de acceso a la unidad para pacientes con capacidades diferentes, las cuales cuentan con pasamanos.				
1.10	Los pasillos y áreas comunes cuentan con los señalamientos necesarios para la adecuada circulación				
1.11	Existe una adecuada distribución y separación de los lugares para efectuar la hemodiálisis y facilitar la vigilancia de la central de enfermería.				
1.12	El establecimiento de atención médica cuenta con la Carta de Derechos Generales de los Pacientes y está ubicada en lugares visibles al público.				
2	Área de tratamiento dialítico por cada estación-paciente (Unidad)				
2.1	Riñón artificial.				
2.2	El área mínima para una máquina y sillón clínico será de 3.0 m2 por estación.				
2.3	Existe un área independiente para pacientes que requieren técnica de aislamiento.				

No.	Especificación o criterio para verificar	P	SC	NC	NA
2.4	Cuenta con central (es) de enfermería con visibilidad de los pacientes.				
2.5	Tomas o tanque portátil de oxígeno con los accesorios para su utilización (cánula para aspiración).				
2.6	Toma de aire o aspirador portátil con los accesorios para su utilización (cánula para aspiración).				
2.7	Cuenta con material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter y fístula.				
2.8	Sillón clínico para hemodiálisis.				

3	Área de lavado y Esterilización				
3.1	Área de lavado y desinfección de material de curación				
3.2	Sala de espera				
4	Área de tratamiento de agua para hemodiálisis				
4.1	Cisterna con capacidad suficiente para el tamaño del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.				
4.2	Bombas de impulsión.				
4.3	Filtros de sedimentación				
4.4	Filtros de ablandadores				
4.5	Filtros de carbón activado				
4.6	Ósmosis inversa				
4.7	Filtros de polisulfona o de poliamida después de la ósmosis				
No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
4.8	Tanque de almacenamiento con características especiales para el establecimiento de atención médica de hemodiálisis.				
4.9	Red de distribución con llaves para la toma de muestras.				
5	Servicios Auxiliares				
5.1	Planta eléctrica de emergencia con capacidad para el abastecimiento de la unidad.				
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 4.14 Ambulancia de urgencias básicas.				
5.3	Contrato de prestación de servicio de laboratorio vigente.				
6.	Manuales y Registros				
6.1	Resultados anuales del análisis químico de la calidad del agua.				
6.2	Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua.				
6.3	Manual de procedimientos técnicos del servicio de hemodiálisis.				
6.4	Manual de procedimientos técnicos de enfermería.				
6.5	Manual de operación de la máquina de hemodiálisis (en español).				
6.6	Manual de operación de la planta de tratamiento de agua. (En español).				
6.7	Archivo clínico.				
6.8	En el expediente se archivan las cartas de consentimiento informado.				
6.9	El expediente se resguarda durante mínimo 5 años.				
7.	Mantenimiento preventivo y correctivo				
7.1	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de las máquinas de hemodiálisis.				
7.2	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta de tratamiento de agua.				
7.3	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de equipo médico.				
7.4	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta eléctrica de emergencia.				

7.5	El personal encargado del mantenimiento cuenta con capacitación específica.				
7.6	Existe un servicio de Ingeniería Biomédica propio o subrogado, responsable del mantenimiento del equipo.				
7.7	Existe un plan por escrito para el mantenimiento preventivo				

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

POR EL INSTITUTO	POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA
JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS O DIRECTOR DE UMAE	NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
VERIFICADOR POR EL INSTITUTO	PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

Guía para la requisición del Anexo T3 (T-tres)

Anexo T3 (T-tres)

Anexo T3 CÉDULA 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.
Anexar evidencia fotográfica de los numerales que son Indispensables y que No se cumplan (deberá de anexarse en hojas impresas y en archivo digital en USB).

Licitante: 1	Nombre Unidad Subrogada: 2	Fecha de la visita: 3

Domicilio: 4
Horario de atención: 5
Nombre del Médico responsable de la unidad de hemodiálisis: 6

Cuenta con:	
7 Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General	No Certificado 8

Unidad de Hemodiálisis	Total m^2	Se ubica dentro de un Hospital	
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)	9	Si	No 10
	Total Máquinas	Sero positivo	Sero negativo 12
b) Número de máquinas de Hemodiálisis	11		
Metros Cuadrados por máquina de hemodiálisis (a/b)		13	
Marca (s): 14			
Modelo (s): 15			

Guía para la requisición del Anexo T3 (T-tres)

Anexo T3 (T-tres)

Anexo T3 CÉDULA 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.
Anexar evidencia fotográfica de los numerales que son Indispensables y que No se cumplan (deberá de anexarse en hojas impresas y en archivo digital en USB).

Licitante: 1	Nombre Unidad Subrogada: 2	Fecha de la visita: 3

Domicilio: 4
Horario de atención: 5
Nombre del Médico responsable de la unidad de hemodiálisis: 6

Cuenta con:	
7 Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General	No Certificado 8

Unidad de Hemodiálisis	Total m^2	Se ubica dentro de un Hospital	
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)	9	Si	No 10
	Total Máquinas	Sero positivo	Sero negativo 12
b) Número de máquinas de Hemodiálisis	11		
Metros Cuadrados por máquina de hemodiálisis (a/b)	13		
Marca (s): 14			
Modelo (s): 15			

Anexo T4 (T-cuatro) Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada

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

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

No.	Criterio a verificar	Si cumple	No cumple	Instrucciones para el supervisor	Observaciones
1	Registro nominal de pacientes en hemodiálisis subrogados con: acceso vascular temporal o acceso vascular definitivo.			Documento que observa el registro de pacientes subrogados, pacientes con acceso vascular temporal y acceso vascular definitivo.	
2	Periodicidad de las sesiones de hemodiálisis.			Verificar evidencias documentales del número de sesiones realizadas por paciente, prescritas por el médico IMSS.	
3	Duración de las sesiones de hemodiálisis.			Verificar evidencias documentales del tiempo de duración de las sesiones realizadas por paciente, prescritas por el médico IMSS.	
4	Resultado anual del análisis químico de la calidad del agua			Validar el resultado de la prueba química de la calidad del agua.	
5	Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua, de la planta de tratamiento y máquinas de hemodiálisis.			Validar el resultado de las pruebas bacteriológicas de la calidad del agua.	

No.	Criterio a verificar	Si cumple	No cumple	Instrucciones para el supervisor	Observaciones
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.	
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			Verificar al ingreso de los pacientes al área gris del tratamiento de hemodiálisis	

No.	Criterio a verificar	Si cumple	No cumple	Instrucciones para el supervisor	Observaciones
	pacientes deberán ingresar con Indumentaria limpia, sin objetos que ocasionen contaminación durante la sesión de hemodiálisis			no traigan objetos que pudieran contaminar durante el proceso del tratamiento.	

Del registro nominal de pacientes en hemodiálisis subrogada, especificar:	No. De pacientes
16. No. total, de pacientes atendidos de la Unidad Médica del IMSS en la Unidad de Hemodiálisis Subrogada, al momento de la visita**	
17. Número de pacientes portadores de Fístula Arterio Venosa Interna Funcional (FAVI) (funcional será aquella FAVI que se esté utilizando en forma continua por un mes sin problemas en la conexión)	
18. Número de pacientes portadores de catéter tunelado Funcional (funcional será aquel catéter tunelado que se esté utilizando en forma continua por un mes sin problemas en la conexión)	
19. Número de pacientes portadores de catéter temporal no tunelado.	
20. Número de pacientes portadores de catéter temporal no tunelado con más de 3 meses de atención en la unidad de hemodiálisis subrogada del contrato vigente.	

POR EL INSTITUTO	POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA

NOMBRE Y FIRMA JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS / DIRECTOR DE UMAE	NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
VERIFICADOR POR EL INSTITUTO	PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

Anexo T5 (T-cinco)

CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIALISIS SUBROGADA

DELEGACIÓN/UMAE: _____

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

Anexo T6 (T-seis) Calendario para entrega mensual de catéteres

DELEGACIÓN/UMAE: _____

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

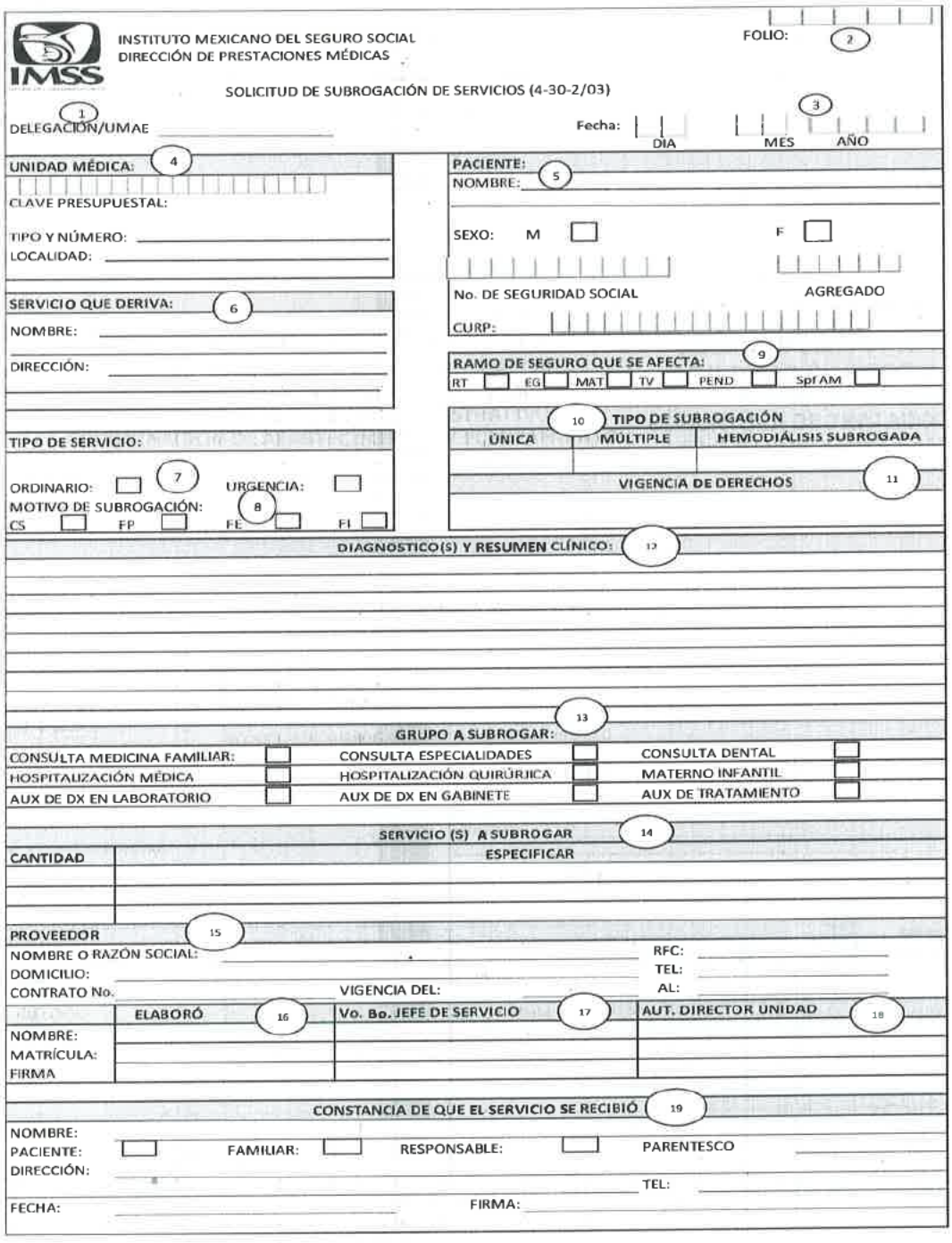
Anexo T7 (T-siete) Tabla cifras de control de registro nominal hemodiálisis subrogado

PROVEEDOR	OOAD	OOAD	TIPO	No.	CLAVE PRESUPUESTAL	No. CONTRATO	IMPORTE MENSUAL EJERCIDO	REALIZADO	MODALIDAD	MES	AÑO
(Nombre del Proveedor)	(Número de la OOAD)	(Nombre de la 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)
Ejemplo: Razón Social	*Ejemplo: 05*	*Ejemplo: Coahuila*	*Ejemplo: HGZMF*	*Ejemplo: 16*	*Ejemplo: 050901022151*	*Ejemplo: No. Contrato*	*Ejemplo: NNNN.dd*	*Ejemplo: NNNNN*	*Ejemplo: HS*	*Ejem: 11*	*Ejem: 2020*

Anexo T8 (T-ocho) Directorio de Unidades Médicas

DIRECOTORIO DE UNIDADES MÉDICAS Y HOSPITALARIAS				
UNIDAD	**LOCALIDAD**	**DIRECTOR Y CORREO**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONOS**
HGZMF No. 8	CIUDAD SAHAGÚN, TEPEAPULCO HGO.	DRA. CAROLINA VARGAS BARRIENTOS carolina.vargas@imss.gob.mx	AV. CIRCUNVALACIÓN Y PERIFERICO NORTE S/N, COL. TADEO DE NIZA, CD, SAHAGÚN, HGO. C.P. 43990	7919131198 7919132400

Anexo T9 (T-nueve) Formato de Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

FOLIO: (2)

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

(1) DELEGACIÓN/UMAE _____ Fecha: (3) DIA ___ MES ___ AÑO ___

UNIDAD MÉDICA: (4)
CLAVE PRESUPUESTAL:
TIPO Y NÚMERO: _____
LOCALIDAD: _____

PACIENTE:
NOMBRE: (5) _____
SEXO: M ☐ F ☐
No. DE SEGURIDAD SOCIAL _____ AGREGADO _____
CURP: _____

SERVICIO QUE DERIVA: (6)
NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: _____

RAMO DE SEGURO QUE SE AFECTA: (9)
RT ☐ EG ☐ MAT ☐ TV ☐ PEND ☐ SpFAM ☐

TIPO DE SERVICIO:
ORDINARIO: ☐ (7) URGENCIA: ☐
MOTIVO DE SUBROGACIÓN: (8)
CS ☐ FP ☐ FE ☐ FI ☐

(10) TIPO DE SUBROGACIÓN
ÚNICA | MÚLTIPLE | HEMODIÁLISIS SUBROGADA

VIGENCIA DE DERECHOS (11)

DIAGNÓSTICO(S) Y RESUMEN CLÍNICO: (12)

(13) GRUPO A SUBROGAR:

CONSULTA MEDICINA FAMILIAR: ☐	CONSULTA ESPECIALIDADES ☐	CONSULTA DENTAL ☐
HOSPITALIZACIÓN MÉDICA ☐	HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRJICA ☐	MATERNO INFANTIL ☐
AUX DE DX EN LABORATORIO ☐	AUX DE DX EN GABINETE ☐	AUX DE TRATAMIENTO ☐

SERVICIO (S) A SUBROGAR (14)

CANTIDAD	ESPECIFICAR

PROVEEDOR (15)
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____ RFC: _____
DOMICILIO: _____ TEL: _____
CONTRATO No. _____ VIGENCIA DEL: _____ AL: _____

	ELABORÓ (16)	Vo. Bo. JEFE DE SERVICIO (17)	AUT. DIRECTOR UNIDAD (18)
NOMBRE:			
MATRÍCULA:			
FIRMA			

CONSTANCIA DE QUE EL SERVICIO SE RECIBIÓ (19)
NOMBRE:
PACIENTE: ☐ FAMILIAR: ☐ RESPONSABLE: ☐ PARENTESCO _____
DIRECCIÓN: _____ TEL: _____
FECHA: _____ FIRMA: _____

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

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	Nombre, matrícula y firma de la o el Director de la unidad médica o de quien él designe.

No.	DATO	ANOTAR
	Unidad	
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.

Anexo T9 BIS (T-nueve bis) Características de operación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada.

Observación	Propuesta de mejora
Acceso vascular permanente	La implantación del acceso vascular definitivo será responsabilidad del licitante adjudicado, mismo que deberá garantizar un acceso vascular funcional. Las complicaciones de tipo infeccioso y el agotamiento de accesos vasculares serán tratadas en medio hospitalario, procurando no suspender las sesiones de hemodiálisis.
Paciente grave o inestable	La referencia de pacientes bajo condiciones de gravedad o inestabilidad hemodinámica o respiratoria deberá evitarse y ser tratados en medio hospitalario hasta su mejoría y garantizar su seguridad en el traslado a la unidad de hemodiálisis subrogada. Para la mejor recepción del paciente es indispensable la comunicación entre la autoridad médica del IMSS con el responsable médico de la unidad subrogada.
Pacientes puérperas o embarazadas	Las mujeres puérperas o embarazadas estables hemodinámicamente deberán ser incluidas para recibir el tratamiento de hemodiálisis subrogada ajustada 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 referencia del Instituto, 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 Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03), el cual deberá contar con sello de vigencia de derechos y especificar la temporalidad del tratamiento, para fines de este tratamiento se entenderá por TEMPORAL al paciente que es referido para ser tratada por un tiempo máximo de 12 semanas; y DEFINITIVO al paciente que es referido para recibir tratamiento de manera permanente, en cuyo caso el formato ampara desde la fecha de envío hasta el último del del año; y el formato deberá ser actualizado cada año.
Ministración de medicamentos	
Prestación del servicio de hemodiálisis por médicos de apoyo	La unidad de hemodiálisis subrogada deberá garantizar la seguridad del paciente durante su tratamiento, el Médico Nefrólogo es responsable de la prescripción del tratamiento y atención de las complicaciones derivadas, durante y posterior a la sesión.
Sobre los pacientes Seropositivos	El contar con panel viral positivo no excluye al paciente del tratamiento, la unidad de hemodiálisis deberá garantizar máquinas exclusivas para pacientes portadores de virus de hepatitis B, C o VIH y garantizar las medidas de seguridad necesarias.

IMSS

Anexo T10 (T-diez) Relación de Asistencia de Pacientes en Hemodiálisis Subrogada

Nombre o Razón Social del Proveedor	Domicilio y Teléfono de la Unidad Subrogada
Unidad Médica del IMSS que envía al Paciente:	**OOAD/UMAE:**
Nombre del Paciente:	
Identificación del Paciente por parte del Proveedor (solo si se tiene algún número o código de identificación):	
No. de Seguridad Social con Agregado del IMSS:	
Días de Sesión de Hemodiálisis: (Marcar con una "X") **L M M J V S D**	**No. de Máquina de Hemodiálisis:**

Procedimientos de Hemodiálisis Recibidos

No.	Fecha	Nombre Completo del Paciente	Firma	Nombre y Firma del Familiar (Sólo en caso de que el paciente no pueda firmar)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

IMSS

Anexo T10 (T-diez) Relación de Asistencia de Pacientes en Hemodiálisis Subrogada

Nombre o Razón Social del Proveedor	Domicilio y Teléfono de la Unidad Subrogada
1	2
Unidad Médica del IMSS que envía al Paciente: 3	OOAD/UMAE: 4
Nombre del Paciente: 5	
Identificación del Paciente por parte del Proveedor (solo si se tiene algún número o código de identificación): 6	
No. de Seguridad Social con Agregado del IMSS: 7	
Días de Sesión de Hemodiálisis: (Marcar con una "X") 8 L M M J V S D	No. de Máquina de Hemodiálisis: 9

Procedimientos de Hemodiálisis Recibidos

No.	Fecha	Nombre Completo del Paciente	Firma	Nombre y Firma del Familiar (Sólo en caso de que el paciente no pueda firmar)
1	10	11	12	13
2				
3				
4				
5				

6				

Instructivo de llenado del Anexo T 10 Relación de Asistencia de Pacientes en Hemodiálisis Subrogada

1	Razón Social del Proveedor
2	Domicilio y Teléfono de la Unidad Subrogada
3	Unidad Médica del IMSS que refiere al paciente a Hemodiálisis Subrogada
4	OOAD/UMAE que pertenece la Unidad Médica del IMSS que refiere al paciente a Hemodiálisis Subrogada
5	Nombre completo del derechohabiente
6	Código identificador del paciente por parte del Proveedor (En caso de tener)
7	Número de Seguridad Social con Agregado del paciente
8	Días de la semana que el paciente recibe la sesión de Hemodiálisis
9	Numero de máquina asignada en la Unidad de Hemodiálisis para su tratamiento
10	Fecha en que recibe el paciente la sesión de Hemodiálisis
11	Nombre completo del derechohabiente
12	Firma del derechohabiente que recibe la sesión de Hemodiálisis
13	Firma del familiar del derechohabiente que recibió su tratamiento, en caso de que el paciente no pueda firmar

Instituto Mexicano del Seguro Social

Anexo TI.1 (TI uno) Solicitud de pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7 en hoja membretada de la empresa

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CONVOCANTE
[NOMBRE],

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

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

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL LICITANTE

NOTA:
*El licitante adjudicado deberá presentarse a la evaluación en oficina con lo siguiente:

- Dos equipos de cómputo (Laptop o PC completa) previamente configurados y preparados con la versión del sistema de información a evaluar (ambiente de pruebas). Un equipo de cómputo para la evaluación de funcionalidad y otro para la evaluación de mensajería HL7.
- Un equipo de cómputo (Laptop o PC completa) que actúe como servidor configurado con la base de datos, catálogos proporcionados por el instituto e insumos necesarios para la evaluación del sistema de información (ambiente de pruebas).
- Paquetería Office Básica (Word, Excel, Power Point), lector de PDF para la impresión/exportación de reportes, navegador web (Chrome, Firefox, Edge, etc.) y Notepad ++.
- Equipos periféricos e insumos externos (Impresora con cartuchos y tóner para impresión, hojas blancas, y adaptador HDMI para proyector).
- Personal capacitado para el manejo y presentación del sistema de información a evaluar (uno por cada equipo de cómputo).
- Presentarse con el personal técnico que considere pertinente para la resolución de temas correspondientes a la instalación de los equipos de cómputo, periféricos y sistema de información a evaluar.

Anexo TI. 2 (TI. dos) Escrito en formato libre
[Hoja membretada por el licitante del servicio]

*Se muestra de manera informativa el texto correspondiente al ESCRITO en FORMATO LIBRE que deberá presentarse para los participantes de todas l*s ***Partidas*** *y que se deberá integrar en su propuesta técnica correspondiente al sistema de información ofertado por partida.*

==========

[LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL ESCRITO]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CONVOCANTE
P R E S E N T E.

Por este conducto, a nombre de mi representada [NOMBRE LEGAL DEL LICITANTE QUE OTORGARÁ EL SERVICIO] me permito por medio del presente dar a conocer los datos del (los) Sistema(s) de Información que se propone implantar en las Unidades de Atención y la(s) empresa(s) que le dará(n) soporte para las Partidas [AÑADIR PARTIDAS PARTICIPANTES], los cuales se detallan a continuación:

- **[NOMBRE COMPLETO DEL SISTEMA]**
- **[VERSIÓN DEL SISTEMA]**
- **[UNIDADES DONDE IMPLANTARA ESTE SISTEMA]**
- **[NOMBRE COMPLETO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
- **[DIRECCIÓN COMPLETA DE LA EMPRESA SOPORTE]**
- **[NOMBRE COMPLETO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
- **[TELÉFONO Y EXTENSIÓN DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
- **[CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**

Asimismo, se manifiesta a nombre de mi representada que se cuenta con la capacidad de desarrollar e implementar dicho sistema de información para proporcionar el servicio en tiempo y forma conforme a lo establecido en el anexo técnico así como términos y condiciones del presente procedimiento de contratación [NÚMERO DE PROCEDIMIENTO], en apego a la **Especificación Técnica del IMSS 5640-023-004 (vigente) para el Sistema de Información de Hemodiálisis Subrogada**, los cuales se conocen y aceptan en su integridad para su cabal cumplimiento.

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos

ATENTAMENTE

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

Instituto Mexicano del Seguro Social

Anexo TI. 3 (TI. tres) Acuerdo de confidencialidad
[Hoja membretada por el licitante del servicio]

Se muestra de manera informativa el texto correspondiente al acuerdo de confidencialidad que deberá presentarse a firmar, en las oficinas del Administrador del Contrato, el representante legal con facultades de administración o de dominio del proveedor adjudicado.

==========

_____, a ___ de _____ de 20___.

Por medio del presente, **Nombre del Representante Legal** en mi carácter de representante legal de la sociedad **Nombre del Proveedor o Razón Social** (en adelante **EL PRESTADOR"**) manifiesto que cualquier información oral o escrita que sea proporcionada con motivo de trabajo a realizar para el Instituto Mexicano del Seguro Social (en adelante **"EL INSTITUTO"**), será tratada de acuerdo a las siguientes:

CLÁUSULAS

Primera.- Información confidencial.- Para los efectos del presente Acuerdo, el término "información" o "información confidencial" significa todos los datos, conversaciones telefónicas, mensajes de audio, mensajes de grabadoras, cintas magnéticas, programas de cómputo y sus códigos fuente entre otros medios de comunicación, tales como la información contenida en discos compactos (CD), mensajes de datos electrónicos (correos electrónicos), medios ópticos o de cualquier otra tecnología o cualquier otro material que contenga información jurídica, operativa, técnica, financiera o de análisis, registros, documentos, especificaciones, productos, informes, dictámenes y desarrollos a que tenga acceso o que le sean proporcionados por **"EL INSTITUTO".**

De igual forma, será considerada como confidencial aquella información derivada de la ejecución del servicio que preste **"EL PRESTADOR"** que señale **"EL INSTITUTO"** y sea propiedad exclusiva de éste.

Segunda.- Obligación de No-Divulgación.- "EL PRESTADOR" reconoce que queda prohibida su difusión y/o utilización total o parcial en su favor o de terceros ajenos a la relación contractual, por cualquier medio, entre otros de manera enunciativa más no limitativa: vía oral, impresa, electrónica, magnética, óptica y en general por ningún medio conocido o por desarrollar, conforme a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LFPDPPP), Ley de la Propiedad Industrial y de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Si no se cumplen los términos de las leyes antes mencionadas serán sancionados en base a lo que estipule cada una de las mismas.

En este sentido, acepta que la prohibición señalada en el párrafo anterior, comprende inclusive, en forma enunciativa más no limitativa, que no se podrá llevar a cabo la difusión de la información con fines de lucro, comerciales, académicos, educativos o para cualquier otro, por lo que **"EL PRESTADOR"** se responsabiliza del uso y cuidado de la información, a nombre propio y de las personas que formen parte del mismo, así como del personal directivo, administrativo y operativo que las conformen.
Adicionalmente, **"EL PRESTADOR"** se obliga a lo siguiente:

1) Utilizar toda la información a que tenga acceso o generada con motivo de su prestación de servicio ante **"EL INSTITUTO"** únicamente para cumplimentar el objeto del contrato adjudicado.

2) Limitar la revelación de la información y documentación a que tenga acceso, únicamente a las personas que dentro de su propia organización se encuentren autorizadas para conocerla, haciendo responsable del uso que dichas personas puedan hacer de la misma.

3) No hacer copias de la información, sin la autorización por escrito de **"EL INSTITUTO".**

4) No revelar a ningún tercero la información, sin la previa autorización por escrito de **"EL INSTITUTO".**

5) Mantener estricta confidencialidad de la información y/o documentación relacionada con la prestación del servicio, bajo la pena de incurrir en responsabilidad penal, civil o de otra índole, y por lo tanto, no podrá ser divulgada, transmitida, ni utilizada en beneficio propio o de tercero.

Tercera. - Devolución de la Información. - Una vez concluida la vigencia del presente acuerdo, **"EL PRESTADOR",** entregará a **"EL INSTITUTO"** todo material, documentos y copias que contengan la información confidencial que le haya sido proporcionada por **"EL INSTITUTO",** no debiendo conservar en su poder ningún material, documentos y copias que contenga la referida información confidencial.

"EL PRESTADOR" conviene en limitar el acceso de dicha información confidencial a sus empleados o representantes, sin embargo, necesariamente harán partícipes y obligados solidarios a aquéllos, respecto de sus obligaciones de confidencialidad aquí contraídas. Cualquier persona que tuviere acceso a dicha información, deberá ser advertida de lo convenido en este documento, comprometiéndose a observar y cumplir lo estipulado en este punto.

"EL PRESTADOR" acepta que todas las especificaciones, productos, estudios técnicos, informes, dictámenes, desarrollos, códigos fuente y programas, datos clínicos, así como todo aquello que se obtenga como resultado en la prestación del servicio, serán confidenciales.

La duración del presente Documento será la menor de entre las siguientes:

i. 1 (un) año contado a partir de la fecha de firma de este Acuerdo de Confidencialidad. El plazo de 1 (un) año antes mencionado podrá ser prorrogado, una o más veces, por voluntad de las Partes por periodos adicionales de 1 (un) año cada uno, en cuyo caso dichas prórrogas deberán constar por escrito y estar firmadas por ambas Partes o reducido en caso de vigencia de contrato menor a 1 (un) año.

Este documento solamente podrá ser modificado mediante consentimiento de las partes, otorgado por escrito.

El presente documento se regirá por las leyes vigentes en la Ciudad de México. Para todo lo relacionado con la interpretación y cumplimiento del presente Documento las Partes se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales competentes en la Ciudad de México, expresamente renunciando a cualquier otro fuero que pudiera corresponderles por razón de sus domicilios presentes o futuros o por cualquier otra causa.

Este documento se firma por duplicado al calce de cada una de sus hojas útiles por ambos lados, quedando un original en poder de cada una de las Partes, en _____, _____, Col _____, Alcaldía _____, CDMX, C.P. XXXXX el [día] de [mes] de 202[año].

_____

[Nombre del Representante legal del Proveedor
Adjudicado con facultades de Administración o de Dominio]

_____

[Nombre y firma del Administrador del Contrato en el IMSS]

Instituto Mexicano del Seguro Socia

Anexo TI. 4 (TI. cuatro) Designación de Contacto Responsable.
[Hoja membretada por el licitante del servicio]

[lugar y fecha de expedición del oficio]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ATENCIÓN:
[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO]
P R E S E N T E.

Estimado **[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO]** a nombre de mi representada **[NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO]** me permito por medio del presente dar a conocer los datos de contacto de la(s) persona(s) responsable(s) de establecer comunicación entre el Instituto y nuestra representada para todo lo referente al sistema de información, **Anexo TI 4 (TI CUATRO),** los cuales se detallan a continuación:

- **[NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE]**
- **[CARGO DEL REPRESENTANTE]**
- **[DIRECCIÓN COMPLETA DEL REPRESENTANTE]**
- **[TELÉFONO Y EXTENSIÓN]**
- **[CORREO ELECTRÓNICO]**

Lo anterior para dar cumplimiento con lo requerido en el procedimiento de contratación con número _____ para las partidas _____ relativos al Servicio Médico de _____ del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos.

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

Instituto Mexicano del Seguro Social

Anexo TI. 5 (TI. cinco) Designación de Sistema y Empresa Soporte
[Hoja membretada por el licitante del servicio]

[lugar y fecha de expedición del oficio]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ATENCIÓN:
[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO]
P R E S E N T E

Estimado [ADMINISTRADOR DEL CONTRATO] a nombre de mi representada [NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO] me permito por medio del presente dar a conocer los datos del (los) Sistema(s) de Información que propone implantar en las Unidades de Atención y la(s) empresa(s) que le dará soporte, los cuales se detallan a continuación:

- **[NOMBRE COMPLETO DEL SISTEMA]**
- **[VERSIÓN DEL SISTEMA]**
- **[UNIDADES DONDE IMPLANTARA ESTE SISTEMA]**
- **[NOMBRE COMPLETO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
- **[DIRECCIÓN COMPLETA DE LA EMPRESA SOPORTE]**
- **[NOMBRE COMPLETO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
- **[TELÉFONO Y EXTENSIÓN DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
- **[CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**

Lo anterior para dar cumplimiento con lo requerido en el procedimiento de contratación con número _____ para las partidas _____ relativos al Servicio Médico de _____ del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos

ATENTAMENTE

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

6				

Instructivo de llenado del Anexo T 10 Relación de Asistencia de Pacientes en Hemodiálisis Subrogada

1	Razón Social del Proveedor
2	Domicilio y Teléfono de la Unidad Subrogada
3	Unidad Médica del IMSS que refiere al paciente a Hemodiálisis Subrogada
4	OOAD/UMAE que pertenece la Unidad Médica del IMSS que refiere al paciente a Hemodiálisis Subrogada
5	Nombre completo del derechohabiente
6	Código identificador del paciente por parte del Proveedor (En caso de tener)
7	Número de Seguridad Social con Agregado del paciente
8	Días de la semana que el paciente recibe la sesión de Hemodiálisis
9	Numero de máquina asignada en la Unidad de Hemodiálisis para su tratamiento
10	Fecha en que recibe el paciente la sesión de Hemodiálisis
11	Nombre completo del derechohabiente
12	Firma del derechohabiente que recibe la sesión de Hemodiálisis
13	Firma del familiar del derechohabiente que recibió su tratamiento, en caso de que el paciente no pueda firmar

Instituto Mexicano del Seguro Social

Anexo TI.1 (TI uno) Solicitud de pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7 en hoja membretada de la empresa

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CONVOCANTE
[NOMBRE],

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

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

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL LICITANTE

NOTA:
*El licitante adjudicado deberá presentarse a la evaluación en oficina con lo siguiente:

- Dos equipos de cómputo (Laptop o PC completa) previamente configurados y preparados con la versión del sistema de información a evaluar (ambiente de pruebas). Un equipo de cómputo para la evaluación de funcionalidad y otro para la evaluación de mensajería HL7.
- Un equipo de cómputo (Laptop o PC completa) que actúe como servidor configurado con la base de datos, catálogos proporcionados por el instituto e insumos necesarios para la evaluación del sistema de información (ambiente de pruebas).
- Paquetería Office Básica (Word, Excel, Power Point), lector de PDF para la impresión/exportación de reportes, navegador web (Chrome, Firefox, Edge, etc.) y Notepad ++.
- Equipos periféricos e insumos externos (Impresora con cartuchos y tóner para impresión, hojas blancas, y adaptador HDMI para proyector).
- Personal capacitado para el manejo y presentación del sistema de información a evaluar (uno por cada equipo de cómputo).
- Presentarse con el personal técnico que considere pertinente para la resolución de temas correspondientes a la instalación de los equipos de cómputo, periféricos y sistema de información a evaluar.

Anexo TI. 2 (TI. dos) Escrito en formato libre
[Hoja membretada por el licitante del servicio]

*Se muestra de manera informativa el texto correspondiente al ESCRITO en FORMATO LIBRE que deberá presentarse para los participantes de todas las **Partidas** y que se deberá integrar en su propuesta técnica correspondiente al sistema de información ofertado por partida.*

==========

[LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL ESCRITO]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CONVOCANTE
P R E S E N T E.

Por este conducto, a nombre de mi representada [NOMBRE LEGAL DEL LICITANTE QUE OTORGARÁ EL SERVICIO] me permito por medio del presente dar a conocer los datos del (los) Sistema(s) de Información que se propone implantar en las Unidades de Atención y la(s) empresa(s) que le dará(n) soporte para las Partidas [AÑADIR PARTIDAS PARTICIPANTES], los cuales se detallan a continuación:

- **[NOMBRE COMPLETO DEL SISTEMA]**
- **[VERSIÓN DEL SISTEMA]**
- **[UNIDADES DONDE IMPLANTARA ESTE SISTEMA]**
- **[NOMBRE COMPLETO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
- **[DIRECCIÓN COMPLETA DE LA EMPRESA SOPORTE]**
- **[NOMBRE COMPLETO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
- **[TELÉFONO Y EXTENSIÓN DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
- **[CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**

Asimismo, se manifiesta a nombre de mi representada que se cuenta con la capacidad de desarrollar e implementar dicho sistema de información para proporcionar el servicio en tiempo y forma conforme a lo establecido en el anexo técnico así como términos y condiciones del presente procedimiento de contratación [NÚMERO DE PROCEDIMIENTO], en apego a la **Especificación Técnica del IMSS 5640-023-004 (vigente) para el Sistema de Información de Hemodiálisis Subrogada**, los cuales se conocen y aceptan en su integridad para su cabal cumplimiento.

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos

ATENTAMENTE

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

Instituto Mexicano del Seguro Social

Anexo TI. 3 (TI. tres) Acuerdo de confidencialidad
[Hoja membretada por el licitante del servicio]

Se muestra de manera informativa el texto correspondiente al acuerdo de confidencialidad que deberá presentarse a firmar, en las oficinas del Administrador del Contrato, el representante legal con facultades de administración o de dominio del proveedor adjudicado.

==========

_____, a ___ de _____ de 20___

Por medio del presente, **Nombre del Representante Legal** en mi carácter de representante legal de la sociedad **Nombre del Proveedor o Razón Social** (en adelante **EL PRESTADOR"**) manifiesto que cualquier información oral o escrita que sea proporcionada con motivo de trabajo a realizar para el Instituto Mexicano del Seguro Social (en adelante **"EL INSTITUTO"**), será tratada de acuerdo a las siguientes:

CLÁUSULAS

Primera.- Información confidencial.- Para los efectos del presente Acuerdo, el término "información" o "información confidencial" significa todos los datos, conversaciones telefónicas, mensajes de audio, mensajes de grabadoras, cintas magnéticas, programas de cómputo y sus códigos fuente entre otros medios de comunicación, tales como la información contenida en discos compactos (CD), mensajes de datos electrónicos (correos electrónicos), medios ópticos o de cualquier otra tecnología o cualquier otro material que contenga información jurídica, operativa, técnica, financiera o de análisis, registros, documentos, especificaciones, productos, informes, dictámenes y desarrollos a que tenga acceso o que le sean proporcionados por **"EL INSTITUTO".**

De igual forma, será considerada como confidencial aquella información derivada de la ejecución del servicio que preste **"EL PRESTADOR"** que señale **"EL INSTITUTO"** y sea propiedad exclusiva de éste.

Segunda.- Obligación de No-Divulgación.- "EL PRESTADOR" reconoce que queda prohibida su difusión y/o utilización total o parcial en su favor o de terceros ajenos a la relación contractual, por cualquier medio, entre otros de manera enunciativa más no limitativa: vía oral, impresa, electrónica, magnética, óptica y en general por ningún medio conocido o por desarrollar, conforme a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LFPDPPP), Ley de la Propiedad Industrial y de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Si no se cumplen los términos de las leyes antes mencionadas serán sancionados en base a lo que estipule cada una de las mismas.

En este sentido, acepta que la prohibición señalada en el párrafo anterior, comprende inclusive, en forma enunciativa más no limitativa, que no se podrá llevar a cabo la difusión de la información con fines de lucro, comerciales, académicos, educativos o para cualquier otro, por lo que **"EL PRESTADOR"** se responsabiliza del uso y cuidado de la información, a nombre propio y de las personas que formen parte del mismo, así como del personal directivo, administrativo y operativo que las conformen.
Adicionalmente, **"EL PRESTADOR"** se obliga a lo siguiente:

1) Utilizar toda la información a que tenga acceso o generada con motivo de su prestación de servicio ante **"EL INSTITUTO"** únicamente para cumplimentar el objeto del contrato adjudicado.

2) Limitar la revelación de la información y documentación a que tenga acceso, únicamente a las personas que dentro de su propia organización se encuentren autorizadas para conocerla, haciendo responsable del uso que dichas personas puedan hacer de la misma.

3) No hacer copias de la información, sin la autorización por escrito de **"EL INSTITUTO".**

4) No revelar a ningún tercero la información, sin la previa autorización por escrito de **"EL INSTITUTO".**

5) Mantener estricta confidencialidad de la información y/o documentación relacionada con la prestación del servicio, bajo la pena de incurrir en responsabilidad penal, civil o de otra índole, y por lo tanto, no podrá ser divulgada, transmitida, ni utilizada en beneficio propio o de tercero.

Tercera. - Devolución de la Información. - Una vez concluida la vigencia del presente acuerdo, **"EL PRESTADOR",** entregará a **"EL INSTITUTO"** todo material, documentos y copias que contengan la información confidencial que le haya sido proporcionada por **"EL INSTITUTO",** no debiendo conservar en su poder ningún material, documentos y copias que contenga la referida información confidencial.

"EL PRESTADOR" conviene en limitar el acceso de dicha información confidencial a sus empleados o representantes, sin embargo, necesariamente harán partícipes y obligados solidarios a aquéllos, respecto de sus obligaciones de confidencialidad aquí contraídas. Cualquier persona que tuviere acceso a dicha información, deberá ser advertida de lo convenido en este documento, comprometiéndose a observar y cumplir lo estipulado en este punto.

"EL PRESTADOR" acepta que todas las especificaciones, productos, estudios técnicos, informes, dictámenes, desarrollos, códigos fuente y programas, datos clínicos, así como todo aquello que se obtenga como resultado en la prestación del servicio, serán confidenciales.

La duración del presente Documento será la menor de entre las siguientes:

i. 1 (un) año contado a partir de la fecha de firma de este Acuerdo de Confidencialidad. El plazo de 1 (un) año antes mencionado podrá ser prorrogado, una o más veces, por voluntad de las Partes por periodos adicionales de 1 (un) año cada uno, en cuyo caso dichas prórrogas deberán constar por escrito y estar firmadas por ambas Partes o reducido en caso de vigencia de contrato menor a 1 (un) año.

Este documento solamente podrá ser modificado mediante consentimiento de las partes, otorgado por escrito.

El presente documento se regirá por las leyes vigentes en la Ciudad de México. Para todo lo relacionado con la interpretación y cumplimiento del presente Documento las Partes se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales competentes en la Ciudad de México, expresamente renunciando a cualquier otro fuero que pudiera corresponderles por razón de sus domicilios presentes o futuros o por cualquier otra causa.

Este documento se firma por duplicado al calce de cada una de sus hojas útiles por ambos lados, quedando un original en poder de cada una de las Partes, en _____, _____, Col _____, Alcaldía _____, CDMX, C.P. XXXXX el [día] de [mes] de 202[año].

_____

[Nombre del Representante legal del Proveedor
Adjudicado con facultades de Administración o de Dominio]

_____

[Nombre y firma del Administrador del Contrato en el IMSS]

Instituto Mexicano del Seguro Socia

Anexo TI. 4 (TI. cuatro) Designación de Contacto Responsable.
[Hoja membretada por el licitante del servicio]

[lugar y fecha de expedición del oficio]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ATENCIÓN:
[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO]
P R E S E N T E.

Estimado **[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO]** a nombre de mi representada **[NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO]** me permito por medio del presente dar a conocer los datos de contacto de la(s) persona(s) responsable(s) de establecer comunicación entre el Instituto y nuestra representada para todo lo referente al sistema de información, **Anexo TI 4 (TI CUATRO),** los cuales se detallan a continuación:

- **[NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE]**
- **[CARGO DEL REPRESENTANTE]**
- **[DIRECCIÓN COMPLETA DEL REPRESENTANTE]**
- **[TELÉFONO Y EXTENSIÓN]**
- **[CORREO ELECTRÓNICO]**

Lo anterior para dar cumplimiento con lo requerido en el procedimiento de contratación con número _____ para las partidas _____ relativos al Servicio Médico de _____ del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos.

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

Instituto Mexicano del Seguro Social

Anexo TI. 5 (TI. cinco) Designación de Sistema y Empresa Soporte
[Hoja membretada por el licitante del servicio]

[lugar y fecha de expedición del oficio]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ATENCIÓN:
[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO]
P R E S E N T E

Estimado [ADMINISTRADOR DEL CONTRATO] a nombre de mi representada [NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO] me permito por medio del presente dar a conocer los datos del (los) Sistema(s) de Información que propone implantar en las Unidades de Atención y la(s) empresa(s) que le dará soporte, los cuales se detallan a continuación:

- **[NOMBRE COMPLETO DEL SISTEMA]**
- **[VERSIÓN DEL SISTEMA]**
- **[UNIDADES DONDE IMPLANTARA ESTE SISTEMA]**
- **[NOMBRE COMPLETO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
- **[DIRECCIÓN COMPLETA DE LA EMPRESA SOPORTE]**
- **[NOMBRE COMPLETO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
- **[TELÉFONO Y EXTENSIÓN DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
- **[CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**

Lo anterior para dar cumplimiento con lo requerido en el procedimiento de contratación con número _____ para las partidas _____ relativos al Servicio Médico de _____ del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos

ATENTAMENTE

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

ANEXO 3

PROPUESTA TÉCNICA Y ECONÓMICA DE "EL PROVEEDOR", JUNTA DE ACLARACIONES DEL PROCEDIMIENTO DE ORIGEN, ACTA DE FALLO, SE INTEGRAN AL MISMO EN CD

EL PRESENTE ANEXO CONSTA DE 01 PÁGINAS LA CUAL INCLUYEN LA PRESENTE CARATULA.

ANEXO 4

"DOCUMENTO DE DESIGNACIÓN DE ADMINISTRADOR Y ADMINISTRADOR AUXILIAR DE CONTRATO"

EL PRESENTE ANEXO CONSTA DE 03 PÁGINAS LA CUAL INCLUYEN LA PRESENTE CARATULA.

"DOCUMENTO DE DESIGNACIÓN DE ADMINISTRADOR DE CONTRATO"

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA HIDALGO
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación Auxiliar Operativa Administrativa

Oficio: 139001050100/JSPM/0879/2024

Pachuca, Hidalgo, a 14 de junio de 2024

Lic. Emmanuel Hernández Godínez
Encargado de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento
Presente

Por medio del presente le informo el funcionario que fue designado como **administrador de contrato** para la prestación del **servicio médico de hemodiálisis subrogada del 1 de julio al 31 de diciembre de 2024** de conformidad con el numeral 4.17, 4.24.6 y 5.3.15 de las Políticas, Bases y Linearmientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social y aquellos numerales donde se estipula su responsabilidad y participación.

Nombre completo	Dr. Rafael Monroy Arias
Firma de Aceptación	
Cargo	Coordinador de Prevención y Atención a la Salud
Área de adscripción en el IMSS	Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Domicilio institucional	Boulevard Luis Donaldo Colosio No 4604, Fraccionamiento El Palmar II, Sección II, Pachuca de Soto, Hidalgo, CP 42088
Registro Federal de Contribuyentes	MOAR770717BH6
Clave Única de Registro de Población	MOAR770717HDFNRF01
Correo electrónico institucional	rafael.monroyar@imss.gob.mx
Teléfono institucional	771-718-98-34 ext. 13356

Sin otro particular, le saludo cordialmente.

Atentamente,

Dr. Mario Hernández Manzano
Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

"DOCUMENTO DE DESIGNACIÓN DE ADMINISTRADOR AUXILIAR DEL CONTRATO"

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO

Oficio No. 139001050100/0550/2024

Pachuca de Soto, Hgo., a 14 de junio de 2024

L.E.M. EMMANUEL HERNANDEZ GODINEZ
ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA COORDINACIÓN
DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO
P R E S E N T E.

Por medio del presente me permito dar a conocer a usted el nombre del funcionario público, quien será responsable de la **Administración Auxiliar del Contrato** para la PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIALISIS SUBROGADA DEL 01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024, durante la vigencia del mismo, de conformidad con los numerales 4.17, 4.24.6 y 5.3.15 de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social y aquellos numerales donde se estipula su responsabilidad y participación.

Designado	Firma de Aceptación
Nombre completo: L.E.M. Emmanuel Hernández Godinez **Cargo:** Encargado del despacho de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento **Área de adscripción en el IMSS:** Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento **Domicilio Institucional:** Calle Arboledas No. 115 lote 54 y 55, Zona Industrial La Paz, C.P. 42080, Pachuca de Soto, Hgo **RFC:** HEGE920214R56 **CURP:** HEGE920214HHGRDM01 **Correo electrónico Institucional:** emmanuel.hernandezg@imss.gob.mx **Teléfono Institucional:** 771 15331145	

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para saludarle cordialmente.

Atentamente

Dr. José Luis Aranza Aguilar
Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Hidalgo

2024 Felipe Carrillo PUERTO

ANEXO 5

"FORMATO PARA PÓLIZA DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO"

EL PRESENTE ANEXO CONSTA DE 5 PÁGINAS LA CUAL INCLUYEN LA PRESENTE CARATULA.

"FORMATO PARA PÓLIZA DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO"

MODELO DE PÓLIZA DE FIANZA PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, SERVICIOS, OBRA PÚBLICA O SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA. (DEPENDENCIAS).

(AFIANZADORA O ASEGURADORA)

DENOMINACIÓN SOCIAL: _____. EN LO SUCESIVO (LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA")

DOMICILIO: _____.

AUTORIZACIÓN DEL GOBIERNO FEDERAL PARA OPERAR: _____(NÚMERO DE OFICIO Y FECHA)

BENEFICIARIA:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN LO SUCESIVO "LA BENEFICIARIA".

DOMICILIO: AV. PASEO DE LA REFORMA No. 476, COL. JUÁREZ, ALCALDÍA CUAUHTÉMOC, CÓDIGO POSTAL 06600, CIUDAD DE MÉXICO

DEPENDENCIA CONTRATANTE: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO

EL MEDIO ELECTRÓNICO, POR EL CUAL SE PUEDA ENVIAR LA FIANZA A "LA CONTRATANTE" Y A "LA BENEFICIARIA": EN **FORMA DIGITAL.**

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" O LA "ASEGURADORA")

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: DIVISIBLE

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 LETRA Y NÚMERO, SIN EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO)

MONEDA: _____.

FECHA DE SUSCRIPCIÓN: _____.

TIPO: _____ (ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, SERVICIOS, OBRA PÚBLICA O SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA)

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL PARA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO: DIVISIBLE

PROCEDIMIENTO AL QUE SE SUJETARÁ LA PRESENTE PÓLIZA DE FIANZA PARA HACERLA EFECTIVA: EL PREVISTO EN EL ARTÍCULO 282 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 **PACHUCA DE SOTO, HIDALGO**, 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 I, DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, Y 103 DE SU REGLAMENTO.

LA PRESENTE FIANZA SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 48, FRACCIÓN II Y 49, FRACCIÓN I DE LA LEY DE OBRAS PÚBLICAS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LAS MISMAS, Y ARTÍCULO 98 DE SU REGLAMENTO.

VALIDACIÓN DE LA FIANZA EN EL PORTAL DE INTERNET, DIRECCIÓN ELECTRÓNICA WWW.AMIG.ORG.MX
(NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA AFIANZADORA O ASEGURADORA)

CLÁUSULAS GENERALES A QUE SE SUJETARÁ LA PRESENTE PÓLIZA DE FIANZA PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN MATERIA DE (ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, SERVICIO, OBRA PÚBLICA O SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA).

PRIMERA. - OBLIGACIÓN GARANTIZADA.

ESTA PÓLIZA DE FIANZA GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTIPULADAS EN EL "CONTRATO" A QUE SE REFIERE ESTA PÓLIZA Y DE 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, AÚN Y CUANDO PARTE DE LAS OBLIGACIONES SE SUBCONTRATEN.

SEGUNDA. - MONTO AFIANZADO.

(LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA"), SE COMPROMETE A PAGAR A "LA BENEFICIARIA", HASTA EL MONTO DE ESTA PÓLIZA, QUE ES (CON NÚMERO Y LETRA SIN INCLUIR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO) QUE REPRESENTA EL **10 %** (SEÑALAR EL PORCENTAJE CON LETRA) DEL VALOR DEL "CONTRATO".

(LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") 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 %** DE DICHO MONTO. PREVIA NOTIFICACIÓN DEL FIADO Y CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES, (LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") 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" O LA "ASEGURADORA") SE RESERVA EL DERECHO DE EMITIR LOS ENDOSOS SUBSECUENTES, POR LA DIFERENCIA ENTRE AMBOS MONTOS, SIN EMBARGO, PREVIA SOLICITUD DEL FIADO, (LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") PODRÁ GARANTIZAR DICHA DIFERENCIA Y EMITIRÁ EL DOCUMENTO MODIFICATORIO CORRESPONDIENTE.

(LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") ACEPTA EXPRESAMENTE QUE, EN CASO DE REQUERIMIENTO, SE COMPROMETE A PAGARÁ DE FORMA PROPORCIONAL EL MONTO DE LA O LAS OBLIGACIONES INCUMPLIDAS..

TERCERA. - INDEMNIZACIÓN POR MORA.

(LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA"), 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 DURANTE EL 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" O LA "ASEGURADORA"), LA CUAL DEBERÁ EMITIR LOS DOCUMENTOS MODIFICATORIOS O ENDOSOS CORRESPONDIENTES.

(LA "AFIANZADORA O LA "ASEGURADORA") ACEPTA EXPRESAMENTE GARANTIZAR LA OBLIGACIÓN A QUE ESTA PÓLIZA SE REFIERE, AÚN EN EL CASO DE QUE SE OTORGUE PRORROGA, 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 CONCURRAN 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" O LA "ASEGURADORA") OTORGARÁ EL O LOS ENDOSOS CONDUCENTES, CONFORME A LO ESTATUIDO EN EL ARTÍCULO 166 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, PARA LO CUAL BASTARÁ QUE EL FIADO EXHIBA A (LA "AFIANZADORA O A LA ASEGURADORA") 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, ENTENDIENDO QUE LOS ENDOSOS QUE EMITA (LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") POR CUALQUIERA DE LOS SUPUESTOS REFERIDOS, FORMARÁN PARTE EN SU CONJUNTO, SOLIDARIA E INSEPARABLE DE LA PÓLIZA INICIAL.

SÉPTIMA. - SUBJUDICIDAD.

(LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") REALIZARÁ EL PAGO DE LA CANTIDAD REQUERIDA, BAJO LOS TÉRMINOS ESTIPULADOS EN ESTA PÓLIZA DE FIANZA, Y, EN SU CASO, LA INDEMNIZACIÓN POR MORA DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 283 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, AUN CUANDO LA OBLIGACIÓN SE ENCUENTRE SUBJÚDICE, EN VIRTUD DE PROCEDIMIENTO ANTE AUTORIDAD JUDICIAL, ADMINISTRATIVA O TRIBUNAL ARBITRAL, SALVO QUE EL FIADO OBTENGA LA SUSPENSIÓN DE SU EJECUCIÓN, ANTE DICHAS INSTANCIAS.

(LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") 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" O LA "ASEGURADORA") 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, DE CONFORMIDAD CON LO EXPRESAMENTE ESTIPULADO PARA TALES EFECTOS EN EL CONTRATO PRINCIPAL MATERIA DEL AFIANZAMIENTO.

NOVENA. - CANCELACIÓN DE LA FIANZA.

(LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") 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" O LA "ASEGURADORA") 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 DE LOS BIENES ENTREGADOS Y POR EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE

LOS MISMOS O 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" O LA "ASEGURADORA") ACEPTA EXPRESAMENTE SOMETERSE AL PROCEDIMIENTO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 282 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS PARA HACER EFECTIVA LA FIANZA.

DÉCIMA PRIMERA REQUERIMIENTO.

"LA BENEFICIARIA" PODRÁ REALIZAR EL REQUERIMIENTO DE PAGO A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 282 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS EN LAS OFICINAS PRINCIPALES, SUCURSALES, OFICINAS DE SERVICIO O BIEN EN LOS DOMICILIOS DE LOS APODERADOS DESIGNADOS POR LA INSTITUCIÓN PARA RECIBIR REQUERIMIENTOS DE PAGO, CORRESPONDIENTES A CADA UNA DE LAS REGIONES COMPETENCIA DE LAS SALAS REGIONALES DEL TRIBUNAL FEDERAL DE JUSTICIA ADMINISTRATIVA.

"LA BENEFICIARIA" REQUERIRÁ DE PAGO A LA INSTITUCIÓN ACOMPAÑANDO LOS DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS SIGUIENTES:

1. EL ACTO O CONTRATO EN QUE CONSTE LA OBLIGACIÓN A CARGO DEL FIADO.
2. LA PÓLIZA DE FIANZA Y ENDOSO O ENDOSOS RESPECTIVOS.
3. EL ACTA ADMINISTRATIVA, EN LA QUE SE HARÁN CONSTAR DE MANERA CRONOLÓGICA Y CIRCUNSTANCIADA LOS ACTOS U OMISIONES QUE CONSTITUYAN EL INCUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES GARANTIZADAS.
4. LA LIQUIDACIÓN DE ADEUDO O DOCUMENTO EN EL CUAL CONSTE EL CRÉDITO O IMPORTE A REQUERIR CON CARGO A LA GARANTÍA.
5. SI LOS HUBIERE, LA DEMANDA O EL ESCRITO DE CUALQUIER OTRO MEDIO DE DEFENSA LEGAL PROCEDENTE, PRESENTADO POR EL FIADO, RESOLUCIONES O SENTENCIAS FIRMES DICTADAS POR AUTORIDAD COMPETENTE Y SUS NOTIFICACIONES.
6. LOS DEMÁS DOCUMENTOS QUE "EL INSTITUTO" ESTIME PERTINENTES.

DICHOS DOCUMENTOS SE ACOMPAÑARÁN EN ORIGINAL O EN COPIA CERTIFICADA, SALVO LA PÓLIZA DE FIANZA Y SU ENDOSO O ENDOSOS, LOS CUALES DEBERÁN ANEXARSE EN ORIGINAL.

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.

DÉCIMA TERCERA. - ENTREGA DE FIANZAS.

(LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") DEBERÁ ENTREGAR A "LA BENEFICIARIA", UNA COPIA DE ESTA PÓLIZA A TRAVÉS DEL MEDIO ELECTRÓNICO, LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO, O AMBOS CONFORME A LO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA.