



**Órgano de operación Administrativa**  
**Desconcentrada Hidalgo**  
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
Coordinación de Prevención y Atención a la Salud

Oficio.  
N° 1390012H0100/CPAS/JSPM/0198/2026  
Pachuca de Soto, Hgo. a 17 de Febrero de 2026

CM NEFROLÓGICO S.A. DE C.V.  
Centro Integral de Nefrología S.A. de C.V.  
Carretera Huapalcalco No. 511 Col. Caltengo.  
**Presente.**

Con fundamento en el proyecto de licitación NÚMERO LA-50-GYR-050GYR017-T-28-2026 celebrada para la **CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA OOAD HIDALGO**, para cubrir necesidades del Hospital General de Zona No. 2 Tulancingo, Hgo. y Celebrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, acuden a realizar seguimiento y atención al anexo T-3.

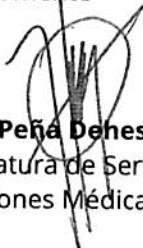
Lo anterior, con fundamento en el numeral 63 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo. Así como a la cláusula Quinta inciso A), cuarto párrafo, Anexo No. 1 (uno) numeral 2.1.8 párrafo 8, numeral 2.5 cuarto párrafo, así como el cumplimiento de la NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de Hemodiálisis.

Dicha verificación se realizará el día 17 de Febrero 2026.

Para tal efecto acude a realizar dicha verificación, el equipo Supervisión de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, así como personal del OIC, realicen dicha evaluación.

Sin otro asunto en particular, y agradeciendo de antemano su atención al presente.

Atentamente

  
**Dr. Héctor Peña Dehesa**  
Titular de la Jefatura de Servicios  
De Prestaciones Médicas

  
Reviso: **Dr. Rafael Monroy Arias.**

Titular de la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud

  
Elaboró: Lizeth Anhai Reyes Martínez.  
Auxiliar Universal de Oficinas.



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

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

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

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

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

Licitante: <b>CM NEFROLÓGICO S.A. DE C.V.</b>	Nombre Unidad Subrogado: <b>Centro Integral de Nefrología S.A. de C.V.</b>	Fecha de la visita: <b>17/Febrero/2026</b>
--	---	---

Domicilio: <b>Calle Jazmín N° 111, Col. San José Caltego, Tulancingo de Bravo Hidalgo y C.P. 43624.</b>
Horario de atención: <b>06:00 a 02:00 horas, de Lunes a Sábado</b>
Nombre del Médico responsable de la unidad de hemodiálisis: <b>Dr. Juan Carlos Barriga Tenorio.</b>

Cuenta con:	
Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General	No Certificado
<b>En Proceso.</b>	-----

Unidad de Hemodiálisis	Total m <sup>2</sup>	Se ubica dentro de un Hospital	
		Si	No
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)	<b>213.78 m<sup>2</sup></b>		<b>No</b>
	Total Máquinas	Sero positivo	Sero negativo
b) Número de máquinas de Hemodiálisis	<b>31</b>	<b>2</b>	<b>29</b>
Metros Cuadrados por máquina de hemodiálisis (a/b)	<b>3 m<sup>2</sup>.</b>		
Marca (s): <b>B Braun.</b>			
Modelo (s): <b>Dialog + 710200W.</b>			



Delegación	Unidad del IMSS		Distancia (km)	Requerimiento Anexo T1 Sesiones	Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida
	Tipo y Número	Localidad		Máximo	936 sesiones mínimo por máquina
OOAD Hidalgo.	HGZ N° 2	Tulancingo de Bravo	500 mts	13 386	15
Total:				13 386	15

No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
1	<b>Instalaciones físicas</b>				
1.1	Área de recepción (ubicada a la entrada de la unidad con fácil acceso)	I	X		
1.2	Sala de espera	I	X		
1.3	Sanitarios	I	X		
1.4	Almacén	I	X		
1.5	Cuarto séptico con material para recoger excretas.	I	X		
1.6	Consultorio médico	I	X		
1.7	En vestíbulo, recepción y sala de espera hay adecuada ventilación, limpieza, señalamientos y áreas suficientes para que pacientes y familiares permanezcan sentados y cómodos.	O	X		
1.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cumple con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.</li> <li>Cuentan con recipientes rojos rígidos herméticos para residuos peligrosos punzo cortantes, en su caso con bolsas de color rojo y/o amarillo translúcido.</li> <li>Que los botes para basura municipal cuenten con bolsas y no se encuentren en ellos residuos peligrosos biológicos infecciosos.</li> </ul>	I	X		
1.9	Rampas de acceso a la unidad para pacientes con capacidades diferentes, las cuales cuentan con pasamanos.	O	X		
1.10	Los pasillos y áreas comunes cuentan con los señalamientos necesarios para la adecuada circulación.	O	X		
1.11	Existe una adecuada distribución y separación de los lugares para efectuar la hemodiálisis y facilitar la vigilancia de la central de enfermería.	I	X		

*[Handwritten signatures and marks]*



No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
1.12	El establecimiento de atención médica cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y está ubicada en lugares visibles al público.	O	X		
2	<b>Área de tratamiento dialítico por cada estación- paciente (Unidad)</b>				
2.1	Riñón artificial	I	X		
2.2	El área mínima para una máquina y sillón clínico será de 3.0 m <sup>2</sup> por estación	I	X		
2.3	Existe un área independiente para pacientes que requieren técnica de aislamiento.	I	X		
2.4	Cuenta con central(es) de enfermería con visibilidad de los pacientes	I	X		
2.5	Tomos o tanque portátil de oxígeno con los accesorios necesarios para su utilización ( puntas nasales, mascarillas)	I	X		
2.6	Toma de aire o aspirador portátil con los accesorios para su utilización (cánula para aspiración)	I	X		
2.7	Cuenta con material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter y fistula	I	X		
2.8	Sillón Clínico para hemodiálisis	I	X		
3	<b>Área de lavado y Esterilización</b>				
3.1	Área de lavado y desinfección de material de curación.	O	X		
3.2	Si el establecimiento de atención médica de hemodiálisis es independiente del hospital debe contar con equipo esterilización, siempre y cuando no se utilice en su totalidad material desechable.	O	X		
4	<b>Área de tratamiento de agua para hemodiálisis</b>				
4.1	Cisterna con capacidad suficiente para el tamaño del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.	I	X		
4.2	Bombas de impulsión	I	X		
4.3	Filtros de sedimentación.	I	X		
4.4	Filtros ablandadores.	I	X		
4.5	Filtros de carbón activado (2 en línea).	I	X		
4.6	Ósmosis inversa.	I	X		
4.7	Filtros de polisulfona o de poliamida después de la ósmosis.	I	X		
4.8	Tanque de almacenamiento con características especiales para el establecimiento de atención médica de hemodiálisis.	I	X		
4.9	Red de distribución con llaves para toma de muestras.	I	X		
5	<b>Servicios Auxiliares</b>				
5.1	Planta eléctrica de emergencia con capacidad para el abastecimiento de la unidad.	I	X		
5.2	Cuenta con ambulancia para traslado de pacientes propia y/o contrato vigente, debiendo contar con las características mínimas al menos como se indican en el numeral 4.1.4 Ambulancia de urgencias básicas	I	X		
5.3	Contrato de prestación de servicio de laboratorio vigente.	I	X		
6	<b>Manuales y Registros</b>				



No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
6.1	Resultados anual del análisis químico de la calidad del agua.	I	X		
6.2	Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua.	I	X		
6.3	Manual de procedimientos técnicos del servicio de hemodiálisis	I	X		
6.4	Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería	O	X		
6.5	Manual de operación de la máquina de hemodiálisis (en español).	I	X		
6.6	Manual de operación de la planta de tratamiento de agua (en español)	I	X		
6.7	Archivo Clínico	O	X		
6.8	En el expediente se archivan las cartas de consentimiento informado	O	X		
6.9	El expediente se resguarda durante mínimo 5 años	O	X		
<b>7</b>	<b>Mantenimiento preventivo y correctivo</b>				
7.1	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de las máquinas de hemodiálisis.	I	X		
7.2	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta de tratamiento de agua.	I	X		
7.3	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico.	I	X		
7.4	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta eléctrica de emergencia.	I	X		
7.5	El personal encargado del mantenimiento cuenta con capacitación específica	I	X		
7.6	Existe un servicio de Ingeniería Biomédica propio o subrogado, responsable del mantenimiento del equipo	O	X		
7.7	Existe un plan por escrito para el mantenimiento preventivo del equipo.	I	X		
<b>8</b>	<b>Equipamiento de la unidad de hemodiálisis</b>				
8.1	Carro rojo con monitor y desfibrilador.	I	X		
8.2	Electrocardiógrafo	I	X		
8.3	Báscula	I	X		
8.4	Silla de ruedas	I	X		
8.5	Carro de curaciones	I		X	
8.6	Camilla con barandales	I	X		
<b>9</b>	<b>Área de consulta médica/Sala de procedimientos para las unidades que no se encuentren dentro de un hospital.</b>				
9.1	Mesa de exploración	I	X		
9.2	Báscula	I	X		
9.3	Esfigmomanómetro.	I	X		
9.4	Estetoscopio	I	X		
9.5	Negatoscopio	O	X		
9.6	Carro de curaciones	I	X		
9.7	Tripiés rodables	O	X		
9.8	Bancos	O	X		
9.9	Bancos de altura	O	X		




*[Handwritten signatures and initials]*




No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
9.10	Estuche de diagnóstico	O	X		
10	<b>Recursos Humanos</b>				
10.1	Certificado de especialización y cédula profesional del personal médico nefrólogo	I	X		
10.2	Copia títulos o certificados del personal de enfermería.	I	X		
10.3	Constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses.	I	X		
10.4	Existe un rol de turnos de los médicos y un registro de su cumplimiento.	O	X		
10.5	Se cumple con las cantidades planeadas por el establecimiento, de personal de enfermería.	I	X		
11	<b>Insumos</b>				
11.1	Se tiene un inventario definido para cubrir las necesidades de insumos del establecimiento	O	X		
11.2	Se cumple con el inventario mínimo establecido	O	X		
11.3	Se tiene un botiquín para los casos de urgencias y las necesidades más comunes.	I	X		
12	<b>Comités</b>				
12.1	Se cuenta con un Comité y registro de infecciones dentro del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.	O	X		

**POR EL INSTITUTO**




DR. HÉCTOR PEÑA DEHESA.  
JEFE DE SERVICIOS DE  
PRESTACIONES MÉDICAS

**POR LA UNIDAD DE  
HEMODIÁLISIS SUBROGADA**




DR. JUAN CARLOS BARRIGA  
TENORIO.  
NOMBRE Y FIRMA  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE  
HEMODIÁLISIS

**VERIFICADOR POR EL INSTITUTO**



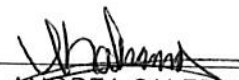




DR. FRANCISCO GERMAN FLORES  
GARCÍA.  
MÉDICO SUPERVISOR DE  
HOSPITALES


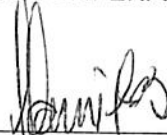


**PERSONAL DE LA UNIDAD DE  
HEMODIÁLISIS**



LIC. MÓNICA MARÍA  
HERNÁNDEZ SÁNCHEZ.  
SUBDIRECTOR  
ADMINISTRATIVO



VERIFICADOR POR EL INSTITUTO
 MTRA. ANDREA CALERO LÓPEZ. SUPERVISOR DE TRABAJO SOCIAL
 MTRA. ERIKA VARGAS MENESES. ENFERMERA SUPERVISOR DE ATENCIÓN MÉDICA
 DR. JORGE ORLANDO ISLAS VAZQUEZ. MÉDICO SUPERVISOR EPIDEMIOLÓGO
 CP. JOSEPE GIOVANNI HERNÁNDEZ AMAYA. REPRESENTANTE EN EL ÁREA DE AUDITORÍA, QUEJAS, DENUNCIAS E INVESTIGACIONES EN EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
 ING. ERIK EMMANUEL ORTEGA SOTO. JEFE DE CONSERVACIÓN HGZ/MF N° 1.
NOMBRE Y FIRMA

PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
 LIC. MARISOL SALDIERNA SANTOS. JEFE DE ENFERMERÍA
 C. ESTEFANIA RAMÍREZ RAMÍREZ. RESPONSABLE DE RECURSOS HUMANOS
 DR. SERGIO ANTONIO VARGAS CEBALLOS. RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA Y MORBI MORTALIDAD
 ING. GUILLERMO GONZÁLEZ CARRILLO. JEFE DE MANTENIMIENTO.
NOMBRE Y FIRMA



C



**LICITACIÓN PÚBLICA ELECTRÓNICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS NÚMERO LA-50-GYR-050GYR017-T-28-2026**

**EVALUACIÓN DOCUMENTAL**

PARTIDA: 7

LICITANTE: CENTRO DE NEFROLOGÍA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA, S.A. DE C.V.

DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	NUMERAL DE LA CONVOCATORIA	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
4.2 Se verificará la descripción técnica del servicio ofertado por el licitante.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.1 Se verificará la correspondencia entre la descripción técnica del licitante, indicada en el Anexo T2 "ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS. A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES), C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,, E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO), con los anexos técnicos, folletos, catálogos, fotografías, imágenes, instructivos y/o manuales del fabricante, que envíe el licitante como sustento.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.2 Se comprobará la congruencia entre la descripción técnica del licitante, indicada en el Anexo T2"ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS , A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES), C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE, E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO) y los documentos presentados para acreditar el registro sanitario y los certificados de calidad solicitados en el Anexo Técnico.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.3 Se verificará que se presente el	ANEXO 27 (VEINTISIETE)	X		





DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	NUMERAL DE LA CONVOCATORIA	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
<p>documento establecido en el presente numeral, en el apartado "Documentación Técnica" de los presentes Términos y Condiciones, o en su caso que se actualice el supuesto establecido en el numeral SEXTO del ACUERDO por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, de la Ciudad de México y municipales, del apartado Criterios de evaluación, del presente documento, con la finalidad de poder declarar solvente técnicamente las propuestas presentadas por los licitantes.</p> <p>La evaluación de la documentación Legal y Administrativa se realizará por la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento del OOAD, por conducto de personal de la División de Servicios Integrales.</p> <p>No serán objeto de evaluación, las condiciones establecidas por la convocante, que tengan como propósito facilitar la presentación de las proposiciones y agilizar los actos de la licitación, así como cualquier otro requisito cuyo incumplimiento, por sí mismo, no afecte la solvencia de las proposiciones.</p> <p>...</p>	TÉRMINOS Y CONDICIONES			
<p>4.2.4. Licencias, permisos, registros, certificados o autorizaciones que deben cumplir o aplicarse al bien o servicio a contratar. Documentación Técnica. Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento vigente y a nombre del licitante y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.</p>	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES		X	Presenta certificado de trámite de licencia.
<p>4.2.5. Para la presentación de la propuesta de las especificaciones técnicas deberá requisitar el Anexo T 0 (T-cero) Oferta Técnica: Propuesta de las especificaciones técnico-médicas de la unidad ofertada que cumplan estrictamente con lo señalado en los Anexos T1 (T-uno) Requerimiento. Anexos T2 (T dos)</p>	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
<p>4.2.6. Presentar folletos, catálogos, instructivos y en su caso, fotografías de los</p>	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y	X		





DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	NUMERAL DE LA CONVOCATORIA	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
equipos necesarios para corroborar las especificaciones, características y calidad de los bienes necesarios para otorgar el servicio, debidamente referenciados en idioma español, de lo solicitado en los Anexos T2 (T dos) ...	CONDICIONES			
4.2.7. 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 que es al 31 de diciembre.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.8. Manual de procedimientos técnicos del Servicio de Hemodiálisis de la unidad en donde se establezca el proceso de Atención al paciente.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.9. Manual de procedimientos técnicos de enfermería, a donde se establezca el proceso de atención del paciente.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.10. Copia del contrato de prestación del servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, vigente y a nombre del licitante, cuya vigencia deberá ser por lo menos del periodo de prestación del servicio, o en caso de contar del laboratorio propio, copia del aviso de funcionamiento del laboratorio clínico, vigente y a nombre del licitante participante.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.11. Deberá presentar original o copia del (los) manual(es) de operación en español o en el idioma del país de origen con una traducción simple al español, de la(s) máquina(s) de hemodiálisis del mismo modelo con que prestará el servicio y de la Unidad de reprocesamiento de dializadores, en caso de que opte por reprocesamiento de dializadores.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.12. Deberá presentar original o copia del manual de operación en español de la planta de tratamiento de agua con que cuenta la unidad de hemodiálisis subrogada.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.13. Registros Sanitarios de los equipos y de los bienes de consumo requeridos para la	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y	X		





DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	NUMERAL DE LA CONVOCATORIA	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
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: ...	CONDICIONES			
4.2.14. Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento vigente y a nombre del licitante y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.15. Certificado de especialización, y cédula profesional del (los) médico(s) nefrólogo(s) que quedará(n) como responsable(s) de la unidad de hemodiálisis que coticen.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.16. Copia de los certificados de especialidad en Nefrología o constancias de haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de 6 meses impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada, para el caso de las enfermeras.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.17. 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.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.18. 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.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.19. Copia simple del 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, acompañado de traducción simple al español.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.20. Documento emitido por el Secretario del Consejo de Salubridad General vigente y a	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y	X		





DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	NUMERAL DE LA CONVOCATORIA	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
nombre del licitante en el que conste que cada una de la (s) unidad (es) de hemodiálisis subrogada (s) ofertada (s) se encuentra (n) certificada (s) o en proceso de certificación por dicho Consejo, en atención al Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.	CONDICIONES			
4.2.21. Escrito por parte del licitante en el que manifieste que cuenta con los equipos necesarios para la prestación del servicio de acuerdo a lo solicitado, los que deberán estar en óptimas condiciones de funcionamiento, cumplir con las especificaciones técnicas establecidas en el Anexo T2 (T-dos), y haber sido ensamblados de manera integral en el país de origen y que los bienes no correspondiente a saldos o remanentes ni ostentan las leyendas "only export" ni "only investigation", se encuentran discontinuados o no se autoriza su uso en el país de origen.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.22. Escrito donde manifieste que los bienes (equipos y bienes de consumo) que usará para la prestación del servicio no cuentan con alertas médicas tipo I y II que sean reconocidas por organismos internacionales como la FDA y por las OOAD de los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años. En el caso de los equipos que hayan presentado alerta médica el licitante deberá adjuntar a este escrito el alta o resolución de la misma.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.23. Las Clínicas Subrogadas ofertadas deben ubicarse dentro de la localidad de las Unidades Médicas Hospitalarias del IMSS, en caso de que no exista empresa solvente que oferte el servicio en la misma localidad, se considerarán las propuestas de las Clínicas Subrogadas en un radio de distancia terrestre máxima de 40 km radiales de la Unidad Médica a la que pretenda prestar el servicio, por lo que deberá presentar mapa de ubicación generada a través de la plataforma electrónica de Google Maps o análogo.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.24. Como parte de su propuesta técnica, los licitantes deberán integrar deberá integrar en su propuesta técnica la documentación correspondiente al sistema de información ofertado por partida, pudiendo ofertar una o más opciones, con el cual proporcionará el servicio, el cual, describirá en el Anexo TI.2 (TI. dos) consistente en un escrito en formato libre, en hoja membretada del licitante y debidamente	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		






DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	NUMERAL DE LA CONVOCATORIA	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
firmado por su representante legal, en el cual manifiesta que 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, en apego a la ETIMSS (vigente) para el Sistema de Información de Hemodiálisis, los cuales conoce y acepta en su totalidad.				
<p>4.2.25. Evaluación vigente a nombre del licitante en Conformidad y Cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, en los términos que establece la Secretaría de trabajo y Previsión Social.</p> <p>i. La vigilancia del cumplimiento de la Norma corresponde a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social en su ámbito de competencia.</p> <p>ii. El procedimiento para la evaluación de la conformidad aplica tanto para la autoridad laboral, en ejercicio de sus facultades de vigilaría o al verificar el cumplimiento de la Norma, en el marco de las evaluaciones integrales del programa de Autogestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, así como para las unidades de verificación.</p> <p>iii. Documento probatorio: Dictamen del cumplimiento de la NOM-002-STPS-2010 vigente y a nombre del licitante, por parte de la inspección federal del trabajo o en su caso, por parte de unidad de verificación acreditada. misma que deberá presentar su acreditamiento de parte de una autoridad competente. El documento presentado para acreditar el cumplimiento de este requisito deberá incluir la descripción clara y específica de la Norma solicitada.</p>	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
<p>4.2.26. Acreditación vigente a nombre del licitante del Programa Interno de Protección Civil, en los términos establecidos y reglamentados por la autoridad de Protección Civil estatal o municipal, según corresponda por la ubicación geográfica del inmueble.</p> <p>i. La vigilancia del cumplimiento del Programa Interno de Protección Civil corresponde a las autoridades del Protección</p>	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		



DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	NUMERAL DE LA CONVOCATORIA	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
Civil estatal o municipal. ii. El procedimiento para la evaluación del Programa de Protección Civil en establecimientos mercantiles aplica a la autoridad de protección Civil estatal o municipal, en el ejercicio de sus facultades de inspección y verificación. iii. Documento probatorio que acredite la verificación satisfactoria del Programa Interno de Protección Civil, vigente y a nombre del licitante, expedido por la autoridad local de Protección Civil. ...				

**LICITACIÓN PÚBLICA ELECTRÓNICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS NÚMERO LA-50-GYR-050GYR017-T-28-2026** con base en el análisis integral y exhaustivo de la documentación que integra los requisitos técnicos solicitados, y así como del resultado de la cedula de verificación de las instalaciones en la unidades de hemodiálisis subrogada (Anexo T3), se determina que la propuesta del licitante CENTRO DE NEFROLOGÍA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA, S.A. DE C.V. para la partida 7, como **NO SOLVENTE TÉCNICAMENTE.**

  
 Dr. Hector Peña Dehesa  
 Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

Elaboró

Dra. Alma Italia Guerrero Martinez.  
Coordinadora Auxiliar de Segundo Nivel.

Autorizó

Dr. Rafael Monroy Arias  
Coordinador de Prevención y Atención a la Salud.





Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**Órgano de operación Administrativa**  
**Desconcentrada Hidalgo**  
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
Coordinación de Prevención y Atención a la Salud

Oficio.  
N° 1390012H0100/CPAS/JSPM/0217/2026  
Pachuca de Soto, Hgo. a 19 de Febrero de 2026

**CENTRO DE NEFROLOGÍA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA, S.A. DE C.V.**  
Av. Juárez Sur 54, Col Nuevo Tizayuca Hgo.  
C.P 42806.

Con fundamento en el proyecto de licitación NÚMERO LA-50-GYR-050GYR017-T-28-2026 celebrada para la **CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA OOAD HIDALGO**, y Celebrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, acuden a realizar atención al anexo T-3 y cedula de protección civil.

Lo anterior, con fundamento en el numeral 63 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo. Así como a la cláusula Quinta inciso A), cuarto párrafo, Anexo No. 1 (uno) numeral 2.1.8 párrafo 8, numeral 2.5 cuarto párrafo, así como el cumplimiento de la NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de Hemodiálisis.

Dicha verificación se realizará el día 19 de Febrero 2026.

Para tal efecto acude a realizar dicha verificación, el equipo Supervisión de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, así como personal del OIC, realicen dicha evaluación.

Sin otro asunto en particular, y agradeciendo de antemano su atención al presente.

Atentamente

**Dr. Héctor Peña Dehesa**  
Titular de la Jefatura de Servicios  
De Prestaciones Médicas



Reviso: **Dr. Rafael Monroy Arias.**

Titular de la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud

Elaboró: Lizeth Anghai Reyes Martínez.  
Auxiliar Universal de Oficinas.



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



Gobierno de México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**Órgano de Operación Desconcentrada Estatal Hidalgo**  
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
Coordinación de Prevención y atención a la Salud.

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

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

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

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

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

Licitante: CENTRO DE NEFROLOGIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA, S.A DE C.V	Nombre Unidad Subrogado: CENEFA TIZAYUCA	Fecha de la visita: 19/02/2026
--	--	--------------------------------

Domicilio: Avenida Juárez Sur No. 54, Colonia Nuevo Tizayuca, Tizayuca, Hgo. C.P 43806
Horario de atención: 6:00 a 22:00 Lunes a Sábado
Nombre del Médico responsable de la unidad de hemodiálisis: Verónica Xochiquetzal Amaro Triana

Cuenta con:	
Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General	No Certificado
No, se encuentra en proceso de solicitud	

Unidad de Hemodiálisis	Total m <sup>2</sup>	Se ubica dentro de un Hospital	
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)	414.08	Si	No <input checked="" type="checkbox"/>



2026  
año de  
Margarita  
Maza

Boulevard Luis Donaldo Colosio 4604 Fracc. El Palmar II. C.P 42088 Pachuca de Soto, Hgo.  
Tel: (771) 7189934 - Fax: 13360



Gobierno de México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**Órgano de Operación Desconcentrada Estatal Hidalgo**

Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Coordinación de Prevención y atención a la Salud.

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

*(Handwritten mark)*

*(Handwritten mark)*

*(Handwritten initials)*

*(Handwritten signatures)*



2026  
año de  
Margarita  
Maza



Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**Órgano de Operación Desconcentrada Estatal Hidalgo**

Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Coordinación de Prevención y atención a la Salud.

No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
5.3	Contrato de prestación de servicio de laboratorio vigente.	I	X		
6	Manuales y Registros				
6.1	Resultados anual del análisis químico de la calidad del agua.	I	X		
6.2	Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua.	I	X		
6.3	Manual de procedimientos técnicos del servicio de hemodiálisis	I	X		
6.4	Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería	O	X		
6.5	Manual de operación de la máquina de hemodiálisis (en español).	I	X		
6.6	Manual de operación de la planta de tratamiento de agua.(en español)	I	X		
6.7	Archivo Clínico	O	X		
6.8	En el expediente se archivan las cartas de consentimiento informado	O	X		
6.9	El expediente se resguarda durante mínimo 5 años	O			X
7	Mantenimiento preventivo y correctivo				
7.1	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de las máquinas de hemodiálisis.	I	X		
7.2	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta de tratamiento de agua.	I	X		
7.3	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico.	I	X		
7.4	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta eléctrica de emergencia.	I	X		
7.5	El personal encargado del mantenimiento cuenta con capacitación específica	I	X		
7.6	Existe un servicio de Ingeniería Biomédica propio o subrogado, responsable del mantenimiento del equipo	O	X		
7.7	Existe un plan por escrito para el mantenimiento preventivo del equipo.	I	X		
8	Equipamiento de la unidad de hemodiálisis				
8.1	Carro rojo con monitor y desfibrilador.	I	X		
8.2	Electrocardiógrafo	I	X		
8.3	Báscula	I	X		
8.4	Silla de ruedas	I	X		

*[Handwritten signatures and initials]*



2026  
año de  
Margarita  
Maza



Gobierno de México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Órgano de Operación Desconcentrada Estatal Hidalgo  
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
Coordinación de Prevención y atención a la Salud.

POR EL INSTITUTO  
  
DRA. LOURDES MONTES VILLAGRAN  
MÉDICO SUPERVISOR MEDICINA FAMILIAR

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
  
DRA. SAGRARIO CASTILLO JUAREZ  
DIRECTOR MEDICO

VERIFICADOR POR EL INSTITUTO  
  
L.E. NADIA CERÓN PÉREZ  
ENFERMERA SUPERVISORA DE SALUD PÚBLICA  
  
ING. JESÚS IVES MARTÍNEZ GUTIÉRREZ  
JEFE DE CONSERVACION HGSZ33  
  
POR EL OIC  
MTR. CLAUDIO SALVADOR RODRÍGUEZ MALDONADO  
AUDITOR DEL ÁREA DE AUDITORIA DENUNCIA E INVESTIGACIONES DEL OIC EN EL IMSS HGO.

PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS  
  
MTR. MISAEL CHÁVEZ QUIRINO  
REPRESENTANTE LEGAL  
  
LIC. MANUEL RAMÍREZ ROSALES  
ADMINISTRADOR  
  
ING. EDGAR MALDONADO MIRANDA  
JEFE DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE TÉCNICO  
  
L.E. PEDRO ENCISO ANACORETA  
JEFE DE ENFERMERÍA



2026  
año de  
Margarita  
Maza



ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA HIDALGO  
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Pachuca de Soto Hidalgo, a 19 de febrero 2026

En el Municipio de Tizayuca, Hidalgo, siendo las 11:50 horas del día 19 de febrero 2026, en las instalaciones de la Unidad Médica propuesta por el licitante: **CENTRO DE NEFROLOGÍA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA S.A DE C.V**, DOMICILIO: Avenida Juárez Sur No. 54, Colonia Nuevo Tizayuca, Municipio Tizayuca, Hidalgo, C.P. 43806 se reunieron los servidores públicos y licitantes cuyos nombres y firmas aparecen al final de la presente acta, con objeto de llevar a cabo la visita que realiza la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada HIDALGO, en su calidad de área requirente y técnica, como parte de la Verificación física, con el objetivo de verificar la veracidad y certeza de la información y documentación que el licitante presentó en su propuesta electrónica a través de COMPRAS MX en relación a la licitación pública nacional número LA-50-GYR-050GYR017-T-28-2026, relativo a la contratación de "SERVICIO SUBROGADO DE ATENCION HEMODIALISIS PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO INSUFICIENCIA RENAL CRONICA ADSCRITOS A LAS UNIDADES MÉDICAS DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO" y constatar entre otras cosas que, cuenta con el equipo, personal, licencias, permisos, avisos y en general que físicamente cuenta con la información, documentación y cualquier otro aspecto que conforma su propuesta técnica.

En el entendido de que la presente, es únicamente una visita de verificación conforme a la convocatoria, y la evaluación técnica documental se realizará con los documentos presentados por el licitante en la plataforma COMPRAS MX

La presente acta se realiza de conformidad con lo previsto en la Sección IV "Visitas", artículo 15, fracciones I, II, III y IV, del PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN MATERIA DE CONTRATACIONES PÚBLICAS, OTORGAMIENTO Y PRÓRROGA DE LICENCIAS, PERMISOS, AUTORIZACIONES Y CONCESIONES.

Este acto es presidido por la Dra. Lourdes Montes Villagrán, Supervisora de Medicina Familiar en el Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Hidalgo, quien se identifica con los asistentes y les solicita se registren en la lista de asistencia, de conformidad con lo siguiente:

En uso de la voz, el presidente del acto informa este acto se encuentran presentes:

NOMBRE	Cargo
Dra. Lourdes Montes Villagrán	Supervisora Medicina Familiar
L.E. Nadia Cerón Pérez	Enfermera Supervisora de Salud Pública
Ing. Jesús Ives Martínez Gutiérrez	Jefe de Conservación HGSZ33
Mtro. Claudio Salvador Rodríguez Maldonado	Auditor del Área de Auditoría, Denuncias e Investigación del Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Asimismo, se encuentra presente:

NOMBRE	Cargo
Dra. Sagrario Castillo Juárez	Directora Unidad de Hemodiálisis



2026  
año de  
Margarita  
Maza

Handwritten signatures and initials on the right side of the page.



LICITACIÓN PÚBLICA ELECTRÓNICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS NÚMERO LA-50-GYR-050GYR017-T-28-2026

EVALUACIÓN DOCUMENTAL

PARTIDA: 6

LICITANTE: DAVID MANRIQUE CASTRO (PERSONA FÍSICA)

DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	NUMERAL DE LA CONVOCATORIA	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
4.2 Se verificará la descripción técnica del servicio ofertado por el licitante.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.1 Se verificará la correspondencia entre la descripción técnica del licitante, indicada en el Anexo T2 "ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS. A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES), C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE,, E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO), con los anexos técnicos, folletos, catálogos, fotografías, imágenes, instructivos y/o manuales del fabricante, que envíe el licitante como sustento.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.2 Se comprobará la congruencia entre la descripción técnica del licitante, indicada en el Anexo T2"ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS , A) CARACTERÍSTICAS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS, B) UNIDAD DE REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES (EN CASO DE OPTAR POR REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES), C) CONSUMIBLES PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO, D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTE E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO DE MATERIAL DE CURACIÓN VIGENTE, E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO) y los documentos presentados para acreditar el registro sanitario y los certificados de calidad solicitados en el Anexo Técnico.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.3 Se verificará que se presente el	ANEXO 27 (VEINTISIETE)	X		





DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	NUMERAL DE LA CONVOCATORIA	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
<p>documento establecido en el presente numeral, en el apartado "Documentación Técnica" de los presentes Términos y Condiciones, o en su caso que se actualice el supuesto establecido en el numeral SEXTO del ACUERDO por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, de la Ciudad de México y municipales, del apartado Criterios de evaluación, del presente documento, con la finalidad de poder declarar solvente técnicamente las propuestas presentadas por los licitantes.</p> <p>La evaluación de la documentación Legal y Administrativa se realizará por la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento del OOAD, por conducto de personal de la División de Servicios Integrales.</p> <p>No serán objeto de evaluación, las condiciones establecidas por la convocante, que tengan como propósito facilitar la presentación de las proposiciones y agilizar los actos de la licitación, así como cualquier otro requisito cuyo incumplimiento, por sí mismo, no afecte la solvencia de las proposiciones.</p> <p>...</p>	TÉRMINOS Y CONDICIONES			
<p>4.2.4. Licencias, permisos, registros, certificados o autorizaciones que deben cumplirse o aplicarse al bien o servicio a contratar. Documentación Técnica. Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento vigente y a nombre del licitante y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.</p>	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
<p>4.2.5. Para la presentación de la propuesta de las especificaciones técnicas deberá requisitar el Anexo T 0 (T-cero) Oferta Técnica: Propuesta de las especificaciones técnico-médicas de la unidad ofertada que cumplan estrictamente con lo señalado en los Anexos T1 (T-uno) Requerimiento. Anexos T2 (T dos)</p>	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
<p>4.2.6. Presentar folletos, catálogos, instructivos y en su caso, fotografías de los</p>	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y	X		





DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	NUMERAL DE LA CONVOCATORIA	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
equipos necesarios para corroborar las especificaciones, características y calidad de los bienes necesarios para otorgar el servicio, debidamente referenciados en idioma español, de lo solicitado en los Anexos T2 (T dos) ...	CONDICIONES			
4.2.7. 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 que es al 31 de diciembre.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.8. Manual de procedimientos técnicos del Servicio de Hemodiálisis de la unidad en donde se establezca el proceso de Atención al paciente.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.9. Manual de procedimientos técnicos de enfermería, a donde se establezca el proceso de atención del paciente.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.10. Copia del contrato de prestación del servicio de laboratorio clínico debidamente firmado, vigente y a nombre del licitante, cuya vigencia deberá ser por lo menos del periodo de prestación del servicio, o en caso de contar del laboratorio propio, copia del aviso de funcionamiento del laboratorio clínico, vigente y a nombre del licitante participante.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.11. Deberá presentar original o copia del (los) manual(es) de operación en español o en el idioma del país de origen con una traducción simple al español, de la(s) máquina(s) de hemodiálisis del mismo modelo con que prestará el servicio y de la Unidad de reprocesamiento de dializadores, en caso de que opte por reprocesamiento de dializadores.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.12. Deberá presentar original o copia del manual de operación en español de la planta de tratamiento de agua con que cuenta la unidad de hemodiálisis subrogada.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.13. Registros Sanitarios de los equipos y de los bienes de consumo requeridos para la	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y	X		





DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	NUMERAL DE LA CONVOCATORIA	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
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: ...	CONDICIONES			
4.2.14. Licencia sanitaria o Aviso de Funcionamiento vigente y a nombre del licitante y de Responsable Sanitario ante la COFEPRIS actualizado de la unidad de hemodiálisis subrogada de hemodiálisis.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.15. Certificado de especialización, y cédula profesional del (los) médico(s) nefrólogo(s) que quedará(n) como responsable(s) de la unidad de hemodiálisis que coticen.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.16. Copia de los certificados de especialidad en Nefrología o constancias de haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de 6 meses impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada, para el caso de las enfermeras.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.17. 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.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.18. 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.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.19. Copia simple del 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, acompañado de traducción simple al español.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.20. Documento emitido por el Secretario del Consejo de Salubridad General vigente y a	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y	X		





DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	NUMERAL DE LA CONVOCATORIA	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
nombre del licitante en el que conste que cada una de la (s) unidad (es) de hemodiálisis subrogada (s) ofertada (s) se encuentra (n) certificada (s) o en proceso de certificación por dicho Consejo, en atención al Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.	CONDICIONES			
4.2.21. Escrito por parte del licitante en el que manifieste que cuenta con los equipos necesarios para la prestación del servicio de acuerdo a lo solicitado, los que deberán estar en óptimas condiciones de funcionamiento, cumplir con las especificaciones técnicas establecidas en el Anexo T2 (T-dos), y haber sido ensamblados de manera integral en el país de origen y que los bienes no correspondiente a saldos o remanentes ni ostentan las leyendas "only export" ni "only investigation", se encuentran descontinuados o no se autoriza su uso en el país de origen.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.22. Escrito donde manifieste que los bienes (equipos y bienes de consumo) que usará para la prestación del servicio no cuentan con alertas médicas tipo I y II que sean reconocidas por organismos internacionales como la FDA y por las OOAD de los ministerios de salud de cada país de origen durante los últimos 3 años. En el caso de los equipos que hayan presentado alerta médica el licitante deberá adjuntar a este escrito el alta o resolución de la misma.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
4.2.23. Las Clínicas Subrogadas ofertadas deben ubicarse dentro de la localidad de las Unidades Médicas Hospitalarias del IMSS, en caso de que no exista empresa solvente que oferte el servicio en la misma localidad, se considerarán las propuestas de las Clínicas Subrogadas en un radio de distancia terrestre máxima de 40 km radiales de la Unidad Médica a la que pretenda prestar el servicio, por lo que deberá presentar mapa de ubicación generada a través de la plataforma electrónica de Google Maps o análogo.	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES		X	Se considerará la propuestas de las Clínicas Subrogadas en un radio de distancia terrestre máxima de 40 km radiales de la Unidad Médica a la que pretenda prestar el servicio, por lo que deberá presenta mapa de ubicación generada a través de la plataforma electrónica de Google Maps o análogo y se encuentra a 50km.
4.2.24. Como parte de su propuesta técnica, los licitantes deberán integrar deberá integrar en su propuesta técnica la documentación correspondiente al sistema de información ofertado por partida, pudiendo ofertar una o más opciones, con el cual proporcionará el servicio, el cual, describirá en el Anexo TI.2 (TI. dos) consistente en un escrito en formato libre, en hoja membretada del licitante y debidamente	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		





DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	NUMERAL DE LA CONVOCATORIA	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
firmado por su representante legal, en el cual manifiesta que 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, en apego a la ETIMSS (vigente) para el Sistema de Información de Hemodiálisis, los cuales conoce y acepta en su totalidad.				
<p>4.2.25. Evaluación vigente a nombre del licitante en Conformidad y Cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, en los términos que establece la Secretaría de trabajo y Previsión Social.</p> <p>i. La vigilancia del cumplimiento de la Norma corresponde a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social en su ámbito de competencia.</p> <p>ii. El procedimiento para la evaluación de la conformidad aplica tanto para la autoridad laboral, en ejercicio de sus facultades de vigilaría o al verificar el cumplimiento de la Norma, en el marco de las evaluaciones integrales del programa de Autogestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, así como para las unidades de verificación.</p> <p>iii. Documento probatorio: Dictamen del cumplimiento de la NOM-002-STPS-2010 vigente y a nombre del licitante, por parte de la inspección federal del trabajo o en su caso, por parte de unidad de verificación acreditada. misma que deberá presentar su acreditamiento de parte de una autoridad competente. El documento presentado para acreditar el cumplimiento de este requisito deberá incluir la descripción clara y específica de la Norma solicitada.</p>	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		
<p>4.2.26. Acreditación vigente a nombre del licitante del Programa Interno de Protección Civil, en los términos establecidos y reglamentados por la autoridad de Protección Civil estatal o municipal, según corresponda por la ubicación geográfica del inmueble.</p> <p>i. La vigilancia del cumplimiento del Programa Interno de Protección Civil corresponde a las autoridades del Protección</p>	ANEXO 27 (VEINTISIETE) TÉRMINOS Y CONDICIONES	X		



DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	NUMERAL DE LA CONVOCATORIA	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
Civil estatal o municipal. ii. El procedimiento para la evaluación del Programa de Protección Civil en establecimientos mercantiles aplica a la autoridad de protección Civil estatal o municipal, en el ejercicio de sus facultades de inspección y verificación. iii. Documento probatorio que acredite la verificación satisfactoria del Programa Interno de Protección Civil, vigente y a nombre del licitante, expedido por la autoridad local de Protección Civil. ...				

LICITACIÓN PÚBLICA ELECTRÓNICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS NÚMERO LA-50-GYR-050GYR017-T-28-2026 con base en el análisis integral y exhaustivo de la documentación que integra los requisitos técnicos solicitados, y así como del resultado de la cedula de verificación de las instalaciones en la unidades de hemodiálisis subrogada (Anexo T3), se determina que la propuesta del licitante DAVID MANRIQUE CASTRO (PERSONA FÍSICA) para la partida 6, como **NO SOLVENTE TÉCNICAMENTE**.

  
 Dr. Hector Peña Dehesa  
 Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Elaboró  
  
 Dra. Alma Italia Guerrero Martinez.  
 Coordinadora Auxiliar de Segundo Nivel.

Autorizó  
  
 Dr. Rafael Monroy Arias  
 Coordinador de Prevención y Atención a la Salud.



Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**Órgano de Operación Desconcentrada Estatal Hidalgo**  
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
Coordinación de Prevención y atención a la Salud.



Anexo T3  
**CEDULA DE VERIFICACIÓN DE LAS INSTALACIONES EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS SUBROGADAS**

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

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

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

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

Licitante: CEHEN CENTRO DE HEMODIÁLISIS NEFROLOGÍA	Y	Nombre Unidad Subrogado: CEHEN	Fecha de la visita: 20/02/2026
--	---	--------------------------------	--------------------------------

Domicilio: CALLE BARBARITA MEJIA S/N COLONIA LA FLORESTA/ACTOPAN, HIDALGO, C.P 42503
Horario de atención: 06:00 a 22:00 Lunes a Sábado
Nombre del Médico responsable de la unidad de hemodiálisis: DAVID MANRIQUE CASTRO

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

Unidad de Hemodiálisis	Total m <sup>2</sup>	Se ubica dentro de un Hospital	
a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris)	102.1	Si	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Total Máquinas	Sero positivo	Sero negativo



2026  
año de  
Margarita  
**Maza**

Boulevard Luis Donaldo Colosio 4604 Fracc. El Palmar II. C.P 42088 Pachuca de Soto, Hgo.  
Tel: (771) 7189834. Ext. 13360

*[Handwritten signatures and initials on the right margin]*



Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**Órgano de Operación Desconcentrada Estatal Hidalgo**

Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Coordinación de Prevención y atención a la Salud.



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



2026  
año de  
Margarita  
**Maza**

Boulevard Luis Donaldo Colosio 4604 Fracc. El Palmar II. C.P 42088 Pachuca de Soto, Hgo.  
Tel: (771) 7189834 - Ext. 13360



**Órgano de Operación Desconcentrada Estatal Hidalgo**

Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Coordinación de Prevención y atención a la Salud.

No.	Especificación o criterio a verificar	P	SC	NC	NA
	mínimas al menos como se indican en el numeral 4.1.4 Ambulancia de urgencias básicas				
5.3	Contrato de prestación de servicio de laboratorio vigente.	I	X		
6	<b>Manuales y Registros</b>				
6.1	Resultados anual del análisis químico de la calidad del agua.	I	X		
6.2	Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua.	I	X		
6.3	Manual de procedimientos técnicos del servicio de hemodiálisis	I	X		
6.4	Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería	O	X		
6.5	Manual de operación de la máquina de hemodiálisis (en español).	I		X	
6.6	Manual de operación de la planta de tratamiento de agua.(en español)	I	X		
6.7	Archivo Clínico	O	X		
6.8	En el expediente se archivan las cartas de consentimiento informado	O	X		
6.9	El expediente se resguarda durante mínimo 5 años	O			X
7	<b>Mantenimiento preventivo y correctivo</b>				
7.1	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de las máquinas de hemodiálisis.	I	X		
7.2	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta de tratamiento de agua.	I	X		
7.3	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico.	I	X		
7.4	Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta eléctrica de emergencia.	I	X		
7.5	El personal encargado del mantenimiento cuenta con capacitación específica	I		X	
7.6	Existe un servicio de Ingeniería Biomédica propio o subrogado, responsable del mantenimiento del equipo	O	X		
7.7	Existe un plan por escrito para el mantenimiento preventivo del equipo.	I	X		
8	<b>Equipamiento de la unidad de hemodiálisis</b>				
8.1	Carro rojo con monitor y desfibrilador.	I	X		
8.2	Electrocardiógrafo	I	X		

*Handwritten notes and signatures on the right side of the table.*





Gobierno de México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Órgano de Operación Desconcentrada Estatal Hidalgo  
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
Coordinación de Prevención y atención a la Salud.

*R. Merlós*  
POR EL OIC

L.C RAÚL MERLÓS MORALES

AUDITOR DEL ÁREA DE AUDITORIA DENUNCIA E  
INVESTIGACIONES DEL OIC EN EL IMSS HGO.



2026  
año de  
Margarita  
Maza

Boulevard Luis Donaldo Colosio 4604 Fracc. El Palmar II. C.P 42088 Pachuca de Soto, Hgo.  
Tel: (771) 7189834. Ext. 13360